



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Magistrsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**ODNOS MEDICINSKIH SESTER DO  
ZAHTEVNEJŠIH OBLIK DELA V  
ZDRAVSTVENI NEGI V BOLNIŠNIČNI  
DEJAVNOSTI**

**ATTITUDES OF NURSES TO DEMANDING  
FORMS OF NURSING WORK IN A HOSPITAL  
ACTIVITIES**

Mentorica:  
izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Kandidatka: Marta Smodiš

Jesenice, julij, 2016

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici, izredni profesorici dr. Brigiti Skeli Savič za usmerjanje in strokovno pomoč pri pisanju magistrskega dela.

Za pomoč pri izdelavi mojega magistrskega dela se zahvaljujem recenzentkama doc. dr. Ireni Trobec in doc. dr. Ireni Grmek Košnik.

Zahvaljujem se Špeli Javor in Meliti Moretti za opravljeno statistiko.

Zahvaljujem se moji družini, možu Miru in sinu Sebastijanu za pomoč pri izvedbi anketiranja ter sinu Anžetu za vnašanje podatkov, Niki Bregant za prevod teksta ter ostalim članom družine in prijateljem za vso podporo in spodbudo.

Zahvaljujem se tudi moji mami, ki me je v času življenja z besedami spodbujala pri študiju in mi nudila moralno oporo.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Razvoj zdravstvene nege in novi študijski programi omogočajo medicinskim sestram pridobivanje novih kompetenc za kakovostno, dostopnejšo in stroškovno učinkovitejšo obravnavo pacienta.

**Cilj:** Ugotoviti mnenja in stališča do podiplomskem izobraževanju iz vidika zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi med izvajalci ter pripravljenost izvajalcev zdravstvene nege za podiplomsko izobraževanje.

**Metoda:** Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno metodo raziskovanja. Podatke smo zbirali z vprašalnikom. V vzorcu je bilo 364 diplomiranih medicinskih sester iz 7 slovenskih bolnišnic. Raziskava je potekala od 15. septembra 2014 do 20. januarja 2015. Vzorec je bil namenski. Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS, uporabili smo opisno statistiko, Pearsonov koeficient korelacije in Spearmanov rang korelacije, t-test, enofaktorsko analizo ANOVO in linearno multiplo regresijsko analizo. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

**Rezultati:** Iz raziskave je razvidno, da je največ anketiranih s višjo ali visokostrokovno izobrazbo, 86 %. Največ anketiranih je starih med 30 in 40 let, 48,6 %. Regresijska analiza pokaže, da ima statistično pomemben vpliv na razumevanje urejanja področja zdravstvene nege starost ( $\beta = 0,112$ ,  $p = 0,003$ ) in delovno mesto ( $\beta = 0,314$ ,  $p = 0,000$ ) ter statistično pomemben vpliv na razumevanje posameznih nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi izobrazba ( $\beta = 0,223$ ,  $p = 0,004$ ), delovno mesto ( $\beta = 0,222$ ,  $p = 0,037$ ) ter pripravljenost medicinskih sester za dodatno izobraževanje in potreba po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji ( $\beta = 0,326$ ,  $p = 0,000$ ).

**Razprava:** Vključeni v raziskavo izražajo veliko pripravljenost za podiplomsko izobraževanje na magistrskem študiju zdravstvene nege, predvsem z nižjo izobrazbo. Medicinske sestre, ki so že vključene v zahtevnejše oblike dela, želijo povečati izobrazbo. Bolj izobražene medicinske sestre, bolje razumejo kompetence.

**Ključne besede:** specializacija, medicinska sestra, zahtevnejše oblike dela, podiplomsko izobraževanje, kompetence

## ABSTRACT

**Background:** The development of nursing and new study programs allow nurses to acquire new skills for high-quality, accessible and cost-effective health care provision.

**Aims:** The aim of the thesis was to establish the views and opinions on postgraduate education from the perspective of advanced practice in nursing among nursing professionals and to determine their willingness to obtain postgraduate education as well as the factors that shape the degree of willingness.

**Methods:** A quantitative experimental research design was employed. Data were collected with a questionnaire. The sample included 364 nurses from 7 Slovenian hospitals. The study was conducted from 15 September 2014 to 20 January 2015. A purposive sample was used. The obtained data were analysed with SPSS using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, t-test, Spearman's rank correlation coefficient, single factor analysis – ANOVO, and multiple linear regression analysis. The level of statistical significance was set at  $p \leq 0.05$ .

**Results:** The study results revealed that the majority of respondents (86 %) had a higher education. In terms of age, most of them (48.6 %) were between 30 and 40 years old. Regression analysis showed that age had a statistically significant impact on the opinions about nursing regulation ( $\beta = 0.112$ ,  $p = 0.003$ ), followed by the position of employment ( $\beta = 0.314$ ,  $p = 0.000$ ), and that educational attainment had a significant impact on understanding different levels of guidelines concerning nursing competences ( $\beta = 0.223$ ,  $p = 0.004$ ), followed by the position of employment ( $\beta = 0.222$ ,  $p = 0.037$ ), the willingness of nurses to obtain further education and the need for postgraduate education in work organizations ( $\beta = 0.326$ ,  $p = 0.000$ ).

**Discussion:** Participants in the study expressed a great willingness to obtain postgraduate education at the master's level, especially those with lower educational attainment. Nurses who are already involved in advanced practice desire to obtain higher education. The more educated the nurses, the better their understanding of nursing competences.

**Key words:** specialization, nurse, advanced practice, postgraduate education, competences

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL.....</b>	<b>4</b>
2.1	RAZVOJ ZAHTEVNEJŠIH OBLIK DELA IN SPREJEMANJE NOVIH PRISTOJNOSTI Z VIDIKA POTREB V ZDRAVSTVENI NEGI.....	4
2.2	IZOBRAŽEVANJE V ZDRAVSTVENI NEGI ZA PREVZEMANJE ZAHTEVNEJŠIH OBLIK DELA .....	6
2.3	SPECIALIZACIJE V ZDRAVSTVENI NEGI.....	8
2.4	OPREDELITEV IN STALIŠČA DO SPECIALIZACIJ V ZDRAVSTVENI NEGI V SLOVENIJI.....	10
2.5	SPECIALIZACIJE IN KAKOVOST OBRAVNAVE PACIENTA .....	12
2.5.1	Nove priložnosti medicinskih sester.....	14
2.6	VRSTE KLINIČNIH SPECIALIZACIJ .....	16
2.7	ZAHTEVNEJŠE OBLIKE DELA .....	17
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL .....</b>	<b>20</b>
3.1	OPIS RAZISKOVALNEGA PROBLEMA, NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	20
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE .....	21
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	21
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	22
3.3.3	Opis vzorca.....	25
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	29
3.4	REZULTATI .....	30
3.4.1	Preverjanje hipotez.....	47
<b>4</b>	<b>RAZPRAVA .....</b>	<b>59</b>
<b>5</b>	<b>ZAKLJUČEK .....</b>	<b>68</b>
<b>6</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>72</b>

## PRILOGE

INSTRUMENT

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Število medicinskih sester /zdravstvenikov po posameznih bolnišnicah, ki so sodelovali v raziskavi .....	26
Tabela 2: Število zaposlenih medicinskih sester v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana.....	26
Tabela 3: Demografski podatki anketirancev .....	27
Tabela 4: Stališča anketirancev do izobraževanja .....	31
Tabela 5: Stališča anketirancev do novih vlog medicinskih sester v razvitih državah.....	32
Tabela 6: Stališča anketiranih do specializacij v zdravstveni negi in povečanjem obsega del in nalog .....	34
Tabela 7: Stališča anketiranih do kompetenc .....	35
Tabela 8: Stališča anketiranih do poznavanja regulatorjev in nivoji izobraževanja v zdravstveni negi.....	35
Tabela 9: Stališča in seznanjenost anketiranih do specializacij v zdravstveni negi .....	37
Tabela 10: Stališča anketiranih do osebnega in kariernega razvoja.....	38
Tabela 11: Seznanjenost anketirancev o vrstah specializacij v zdravstveni negi.....	39
Tabela 12: Opredelitev zahtevnejših oblik dela po definiciji Nursing and Midwifery Council .....	40
Tabela 13: Faktorska analiza vprašanj, ki se nanašajo na željo po dodatnem izobraževanju.....	41
Tabela 14: Faktorska analiza vprašanj, ki se nanašajo na razumevanje kompetenc po modelu ICN .....	41
Tabela 15: Faktorska analiza vprašanj, ki pojasnjujejo razumevanje zahtevnejših oblik dela.....	43
Tabela 16: Faktorska analiza vprašanj, ki se nanašajo na željo po podiplomskem izobraževanju.....	44
Tabela 17: Faktorska analiza vprašanj, ki se nanašajo na izvajanje zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi.....	47
Tabela 18: Povezava med željo po podiplomskim izobraževanjem in izvajanjem zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi.....	48
Tabela 19: Vpliv izobrazbe na željo po dodatnem podiplomskem izobraževanju .....	49
Tabela 20: Razumevanje kompetenc po modelu ICN glede na spol.....	50
Tabela 21: Razumevanje kompetenc po modelu ICN glede na starost.....	50
Tabela 22: Razumevanje kompetenc po modelu ICN glede na delovno mesto .....	52
Tabela 23: Povezava med razumevanjem kompetenc po modelu ICN in demografskimi podatki (spol, starost, delovno mesto, stopnja izobrazbe).....	53
Tabela 24: Rezultati regresijske analize razumevanja urejanja področja zdravstvene nege glede na izobrazbo, starost in delovno mesto anketiranih .....	54
Tabela 25: Rezultati regresijske analize razumevanja posameznih nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi glede na izobrazbo in delovno mesto anketiranih .....	55
Tabela 26: Rezultati regresijske analize razumevanja izobraževanja v zdravstveni negi glede na izobrazbo in delovno mesto anketiranih .....	55

Tabela 27: Faktorska analiza vprašanj, ki pojasnjujejo potrebo po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji .....	56
Tabela 28: Povezava med pripravljenostjo medicinskih sester za dodatno izobraževanje, njihovo starostjo, delovno dobo in potrebo po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji .....	57
Tabela 29: Rezultati regresijske analize pripravljenosti medicinskih sester za dodatno izobraževanje glede na njihovo delovno dobo in potrebo po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji .....	57

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Želja po dodatnem podiplomskem izobraževanju glede na izobrazbo .....	49
Slika 2: Razumevanje urejanja področja zdravstvene nege glede na starost.....	51
Slika 3: Razumevanje urejanja področja zdravstvene nege in razumevanje nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi glede na delovno mesto .....	53

# 1 UVOD

Vse večje povpraševanje po zdravstvenih storitvah na vseh ravneh zdravstvenega varstva, povzroča tudi velik pritisk na zdravstvene sisteme po vsem svetu. Naraščajoče zahteve v kombinaciji s pomanjkanjem zdravnikov, so prisilile politiko v mnogih državah, da ponovno ovrednotijo porazdelitev delovnih nalog in področij odgovornosti med različnimi izvajalci zdravstvenih storitev (Neurosci, 2012).

Začetki izvajanja zahtevnejših oblik dela segajo že v leto 1960 v Združene države Amerike, kasneje, leta 1980 pa v Veliko Britanijo in 1990 leta na Irsko. Nastale so kot posledica vse večjih zahtev in sprememb v zdravstveni negi in v zdravstvu na splošno. Večje zahteve so prispevale k spremembam v izobraževanju medicinskih sester. Bolj izobražene medicinske sestre, so izkazovale večje prizadevanje k razvoju strokovnega znanja, da bi zagotovile najvišjo kakovost oskrbe pacienta in sodelovale tudi z drugimi strokovnjaki (Callaghan, 2008). Organizacije, ki spodbujajo izobraževanje in napredovanje medicinskih sester, zagotavljajo tudi večjo kakovost in motiviranost zdravstvenih delavcev (Lake & Friese, 2006).

Leta 2006 so opravili raziskave v bolnišnicah v Kaliforniji, Pensilvaniji in New Jerseyu, kjer so ugotavljali vpliv števila pacientov na medicinsko sestro. Ugotovili so, da nižja razmerja zmanjšajo smrtnost pacientov, ravno tako se zmanjša nezadovoljstvo medicinskih sester in posledično se izboljša kakovost obravnave pacienta (Aiken, et al., 2010). Raziskava, ki so jo opravili v Kaliforniji je pokazala, da se je pri povečanju zaposljivosti diplomiranih medicinskih sester za 1,2 procenta na leto, zmanjšala umrljivost pri bolnikih z akutnim miokardnim infarktom. Ugotovili so tudi, da nižja razmerja pacientov na medicinsko sestro, zmanjšajo umrljivost pacientov (Sochalski, et al., 2008). Agencija za raziskovanje kakovosti (AHRO) je ugotovila, da obstaja očitna povezava med številom zaposlenih medicinskih sester in rezultatih pri pacientih (Kane, et al., 2007). Študije v Kalifornijskih bolnišnicah tudi kažejo, da z zaposlitvijo več medicinskih sester povezano z manj padci in poškodb pacientov (Bolton, et al., 2007). Raziskave v zdravstveni negi kažejo, da premajhno število zaposlenih v zdravstveni



negi zaradi varčevalnih ukrepov in stopnja izobrazbe, lahko vplivata na izboljšanje zdravstvenega stanja pacienta. V raziskavi Nurse Forecasting in Europe (RN4CAST) je bila ugotovljena razlika v kakovosti oskrbe, kjer je 60% diplomiranih medicinskih sester skrbelo v povprečju za 6 pacientov, se je smrtnost pacientov za 30 % znižala v primerjavi s pacienti, kjer je le 30 % univerzitetno izobraženih medicinskih sester in skrbijo za 8 pacientov (Aiken, 2014).

V Sloveniji se začetki sprememb v obravnavi pacienta in prevzemanju večjih odgovornosti medicinske sestre, kažejo v vzpostavitvi referenčnih ambulant, ki bodo zagotavljale kakovostnejšo zdravstveno oskrbo (Požun & Skela Savič, 2011). Albreht in sodelavci (2012) pravijo, da bodo z novostmi nastopile tudi spremembe po potrebi zdravstvenega kadra. Medicinske sestre imajo ključne in vse bolj pomembne vloge pri zagotavljanju varne, visoko kakovostne, učinkovite zdravstvene nege in obravnave pacienta (World Health Organization (WHO), 2010). Currie & Carr-Hill (2013) navajata, da bi bilo potrebno opredeliti za vsak nivo izobrazbe medicinskih sester njihove pristojnosti, odgovornosti in vloge v obravnavi pacienta. V zdravstveni negi se nenehno srečujemo z novostmi in razvojem, zato moramo znanje kontinuirano nadgrajevati (Starc, 2013).

Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nurses (ICN), 2015), se je zavezal k podpori in načrtovanju potreb zdravstvenega sistema, kjer lahko medicinske sestre bistveno prispevajo k izboljšanju obravnave pacienta. Osnovni zastavljeni cilji so bili zagotoviti enako dostopnost, razpoložljivost, sprejemljivost in kakovost v zdravstvu ter izvajanje ustreznih politik na nacionalni, regionalni in globalni ravni, za vse, v vseh starostnih obdobjih in k spodbujanju pravičnega socialnega in gospodarskega razvoja in novih zaposlitvenih možnosti.

Specializacije v zdravstveni negi omogočajo dodatna nova specialna znanja, kjer bo medicinska sestra lahko izvajala različne, bolj zahtevne postopke na specialnih področjih, kot so anesteziologija, intenzivna terapija, urgencia in druga specialna področja. Starc (2012) navaja, da bo medicinska sestra z vodenjem določenih skupin kroničnih pacientov, kot so pacienti s srčnim popuščanjem, s kronično obstruktivno

boleznijo, astmo, multiplo sklerozo, sladkorno boleznijo in drugimi, prispevala k cenejši obravnavi pacienta in omogočila hitrejši dostop do zdravnika (Starc, 2012).

Izobraževanje medicinskih sester v smeri specializacij, magisterija in doktorata iz zdravstvene nege, bo nedvomno prispevalo k bolj kakovostni obravnavi pacienta. Zato smo z izbrano temo magistrske naloge podrobneje analizirali poznavanje naprednih del in nalog medicinske sestre pri nas. Prav tako smo raziskali mnenje medicinskih sester do prevzemanja zahtevnejših del in nalog na podlagi pridobljene izobrazbe.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 RAZVOJ ZAHTEVNEJŠIH OBLIK DELA IN SPREJEMANJE NOVIH PRISTOJNOSTI Z VIDIKA POTREB V ZDRAVSTVENI NEGI

V Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« ki jo je sprejel Evropski svet v letu 2007 je zapisano, da je potrebno za zadovoljnega pacienta ustvariti razmere za učinkovito in kakovostno delo ter poskrbeti za motivacijo izvajalcev, ki zdravstveno storitev izvajajo. Pri tem so pomembni rezultati analiz zadovoljstva in kakovosti, ki so kazalnik opravljenih storitev na določenem področju opravljenih storitev (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2007).

S podaljševanjem življenjske dobe narašča število ljudi s kroničnimi boleznimi, ki pomembno vplivajo na kakovost življenja posameznika in tudi na porabo sredstev, namenjenih za zdravstveno obravnavo pacienta. Na to opozarjata tudi Evropska skupnost (EU) in Svetovna zdravstvena organizacija (SZO). S staranjem prebivalstva se spreminjajo in povečujejo potrebe posameznika po zdravstvenih storitvah ter s tem vzporedno, se razširjajo tudi nove vloge medicinskih sester in babic pri prevzemanju novih zahtevnejših del in nalog vlog pri obravnavi kroničnih bolnikov in zdravih nosečnic ter povečanje odgovornosti vsakega posameznika v zdravstvu (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013, 2007).

Statistični urad Republike Slovenije navaja, da se je v Sloveniji življenjska doba povečala za 10 let in se bo še podaljševala za 7 ali 8 let v naslednjih 50 letih. V Evropski uniji se s starostjo pojavlja tudi potreba po povečani oskrbi in povečanih izdatkih za dolgotrajno oskrbo na prebivalca (Statistični urad Republike Slovenije, 2012).

S staranjem prebivalstva narašča tudi število kroničnih bolezni in s tem tudi potreba po povečanem povpraševanju po vse večji oskrbi. Posebej velja omeniti možen razvoj oskrbe na domu, ki je vedno bolj aktualna v številnih državah, saj bi tako zmanjšali tudi število hospitalizacij, medicinskim sestram pa zagotavlja nove priložnosti za razvoj naprednih vlog (Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), 2010). Literatura Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (v nadaljevanju OECD) navaja, da je bil prvotni vzrok za razvoj naprednih praks s strani medicinske sestre, odziv na pomanjkanje zdravnikov, predvsem v tistih območjih, kjer zdravnikov primanjkuje (OECD, 2010). Po podatkih Eurostata (OECD, 2010) se k prevzemanju zahtevnejših oblik dela nagibajo države, kjer primanjkuje zdravnikov. Na Japonskem, kjer je visoko razmerje medicinskih sester na zdravnika, še ni prišlo do prevzemanja del in nalog z zdravnika na medicinsko sestro. Na Finskem, v Kanadi in Avstraliji, ki pokrivajo geografsko široka področja z zdravstveno oskrbo, so medicinske sestre že prevzele zahtevnejša dela in naloge, predvsem na odročnih območjih. Tudi v Združenih državah Amerike medicinske sestre z magisterijem opravljajo določena dela in naloge zdravnika na področju preventive, diagnosticiranja in zdravljenja manjših obolenj ter redno spremljanje pacientov po kirurških posegih in v času zdravljenja (US Department of Labor, 2010).

Več držav, kot so Poljska, Ciper, Irska in Češka meni, da spremembe vključevanja medicinskih sester za prevzemanje zahtevnejših oblik dela, izboljša zaposlitvene možnosti, ohrani privlačnost poklica ter spodbudi večje število medicinskih sester k povečanju kariernih možnosti (Aiken, et al., 2008). V nekaterih državah, kot sta Češka in Poljska je razvoj vlog poklica medicinskih sester razumeti, kot možno sredstvo za zmanjšanje izseljevanja v druge evropske države, kjer so boljše zaposlitvene možnosti. Dolge in bogate izkušnje imajo Združene države Amerike, sledi jim Velika Britanija, Kanada, tudi Finska, Irska in Avstralija. V drugih državah, na primer v Belgiji, Češkem, v Franciji, na Japonskem in na Poljskem so nekatere izmed teh držav že pilotno testirale nove vloge medicinskih sester (OECD, 2010).

V Kanadi so v zadnjih letih prevzemanja zahtevnejših del in nalog medicinskih sester že opravili testiranja, ki so pokazala pozitivne rezultate (Ducharme, et al., 2009). Hussey s

sodelavci (2009) navaja, da se pri prevzemanju zahtevnejših del in nalog zdravnika, zmanjšajo stroški obravnave za 0,3 - 0,5 % na leto. Dejavniki, ki vplivajo na stroške obravnave, so odvisni od razlike v plačilu za opravljeno delo medicinskih sester, ki je cenejše od dela zdravnika. Od produktivnosti, ki se kaže z večjim številom posvetovanj na uro ali na dan, od vrste in količine dejavnosti, ki so dejansko prenesene na medicinske sestre in ali te dejavnosti še vedno zahtevajo nadzor zdravnika, posredni stroški, povezani s predpisovanjem zdravil na recept ter širino samostojnosti pri predpisovanju. Ter dodatnimi stroški, povezani z izobraževanjem in usposabljanjem medicinskih sester ter vseh dolgoročnih prihrankov, ki izhajajo iz preprečevanja zapletov za zmanjšanje hospitalizacij. Medicinske sestre izvajajo bolj intenzivne posvete bolnikov in višjo kakovost oskrbe.

V nekaterih državah, kot sta Češka in Poljska je razvoj vlog in razvoj poklica medicinskih sester razumeti tudi kot možno sredstvo za zmanjšanje izseljevanja v druge evropske države, kjer so boljše zaposlitvene možnosti. Dolge in bogate izkušnje v razvoju imajo Združene države Amerike, sledi jim Velika Britanija, Kanada, tudi Finska, Irska in Avstralija (OECD, 2010).

## **2.2 IZOBRAŽEVANJE V ZDRAVSTVENI NEGI ZA PREVZEMANJE ZAHTEVNEJŠIH OBLIK DELA**

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ((ZZBNS – ZSDMSBZTS), n. d.) v strokovni podobi medicinske sestre opredeljuje različne nivoje izobraževanja medicinskih sester: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik, diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik – specialistka/specialist, magistrica/magister zdravstvene nege in doktorica/doktor zdravstvene nege.

Delo medicinske sestre v zdravstveni negi je samostojno in avtonomno ter skladno s temeljnimi odgovornostmi in področji dela, kjer opravlja zdravstveno nego pacienta. Medicinska sestra pri izvajanju del in nalog upošteva veljavna strokovna načela, smernice in standarde ter varnost in kakovost. Znanje medicinske sestre je največja

vrednota, ki je potrebna za napredovanje v stroki in ga bo prenašala na ostale sodelavce v timu. Diplomirana medicinska sestra – specialistka, bo izvajala specialistična dela samostojno in avtonomno ter izvajala določene prenesene aktivnosti s strani zdravnika. V svoje delo bo vključila visoko stopnjo kritičnega mišljenja. Magistrica zdravstvene nege bo v kliničnem okolju izvajala nadzore, pri vodenju tima skrbela za izboljševanje klinične prakse, spremembe in izboljšave, ki jih bo aplicirala v proces zdravstvene nege in oskrbe. Delovala bo na področju znanstveno raziskovalne dejavnosti za področje zdravstvene nege in oskrbe, izvajala mentorstvo za študente in poučevala na prvi bolonjski stopnji. Doktorica/doktor zdravstvene nege bo imel/a vodilno vlogo pri raziskovanju in izobraževanju ter sprejemanju standardov zdravstvene nege. Vključevala se bo v neposreden proces zdravstvene nege in oskrbe. Doktorica/doktor zdravstvene nege je učiteljica/učitelj na visokošolskem programu, ki poučuje na drugi in tretji bolonjski stopnji. Na podlagi raziskav v kliničnem okolju bo povezoval/a znanja in potrebe zdravstvenih storitev pacientov. Nadgradila bo znanja s področja vodenja in upravljanja. Podlaga za delo doktorice/doktorja zdravstvene nege je program tretje stopnje zdravstvene nege po Bolonjski deklaraciji (ZZBNS - ZSDMSBZTS, n. d.). Po navedbi Brar in sodelavcev (2010), doktorat omogoča medicinskim sestram, pridobivanje strokovnega znanja in izkušenj v raziskovanju v zdravstveni negi.

V različnih državah po svetu so diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, ki imajo podiplomska znanja, kot so specializacije, pridobile različne nazive. V angleškem jeziku se pojavljajo nazivi kot: *nurse practitioner*, *advanced nurse practitioner*, *clinical nurse specialist*, *nurse specialist*, *nurse consultant* in drugi (Pulcini, et al., 2010).

Mednarodni svet medicinskih sester (ICN, 2008) je predlagal definicijo za Medicinsko sestro/zdravstvenika z naprednimi znanji (angleško Advance Practitioner Nurse – APN), ki je medicinska sestra s strokovnimi znanji, ima sposobnosti kompleksnega odločanja in klinične kompetence za razširjeno prakso. Medicinska sestra bo potrebovala za pridobitev naziva magisterij iz zdravstvene nege. Izraz za APN se je prvič pojavil v literaturi zdravstvene nege že leta 1980 (Ruel & Motyka, 2009). V angleško govorečih državah sta glavni kategoriji medicinskih sester, medicinska sestra z naprednimi znanji

(APN) in medicinska sestra specialistka ali Clinical Nurse Specialist (CNS) (ICN, 2008).

Evropean Federation of Nurses (EFN) Workforce Committee je opredelil štiri kategorije zdravstvenih delavcev: Healthcare Assistant (HCA), General Care Nurse (GCN), Specialist Nurse (SN) in Advance Nurse Practitioner (ANP). Za posamezni profil so bile opredeljene tudi kompetence. Canadian Nurses Association ((CNA), 2008) opisuje ANP kot izvajalko višje ravni zdravstvene nege, s strokovnim znanjem, s sposobnostjo analiziranja, uporabe teorij ZN in raziskovanja za reševanje zdravstvenih potreb posameznikov, družin, skupin, skupnosti in prebivalstva.

V večini teh držav, kjer obstaja APN kategorija medicinskih sester, izvajajo že vrsto dejavnosti, ki so jih opravljali zdravniki, vključno z diagnostiko, presejalnimi testi, predpisovanja zdravil, medicinskih preiskav, aktivnosti na področju preventive in zdravstvene vzgoje, spremljanje bolnikov s kroničnimi boleznimi ter splošno vlogo v koordinaciji obravnave. Medicinske sestre specialistke so zaposlene večinoma v bolnišnicah, kjer izvajajo posvetovanja s pacienti ter delujejo v drugih kompleksnejših situacijah, kot je spodbujanje izboljšanja kakovosti oskrbe. Predlogi za izboljšave nastajajo s pomočjo na dokazih podprte prakse. V primarni oskrbi je njihova dejavnost usmerjena k zagotavljanju zdravstvenih storitev za zmanjševanje števila hospitalizacij (ICN, 2008).

### **2.3 SPECIALIZACIJE V ZDRAVSTVENI NEGI**

V večina držav OECD izvajajo triletno izobraževanje za diplomirano medicinsko sestro, vendar pa razvoj programov stremi k štiriletnemu univerzitetnemu izobraževanju z možnostjo specializacije in nadaljevanje študija na magistrskem in doktorskem študiju zdravstvene nege. Najpogostejše specializacije v zdravstveni negi so na področjih duševnega zdravja, pediatrične zdravstvene nege, geriatrije, paliativne oskrbe, intenzivne zdravstvene nege, onkologije, bolnišnične okužbe ter na področju babištva kot enoletna specializacija. Irska opisuje APN kot medicinsko sestro z naprednimi znanji zdravstvene nege, ki deluje v preventivni dejavnosti, pri kroničnih bolnikih v

različnih okoljih in multidisciplinarno, kjer zagotavlja kakovostno obravnavo pacienta. V Združenih državah Amerike je skupina Consensus Work Group and National Council of State Boards of Nursing, za Advanced Practice Registered Nurse (APRN) podrobno opredelila delovne naloge in pristojnosti na področjih anesteziologije, na področju babištva in na specialističnih področjih. Glavni cilj je bil zmanjševanje stroškov in zagotavljanje stalne in kakovostne oskrbe (APRN Consensus Work Group, et al., 2008; OECD, 2010). Finska je razvila za manjše zdravstvene postaje e - posvetovanja med zdravnikom in medicinsko sestro, kjer medicinske sestre že pokrivajo 70 % potreb v oddaljenih krajih (OECD, 2010).

Po navedbi Starca in sodelavcev (2009) so specializacije posebna oblika izobraževanja, ki s poglobljenim znanjem na točno določenem področju omogočajo tudi poglobljeno zdravstveno obravnavo. Medicinska sestra bo s pridobljenimi specialnimi znanji razbremenila zdravnika na določenih področjih. Ekonomski vidik stroškov dela diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika bo cenejši od stroškov dela zdravnika.

V Belgiji se je stopnja izobrazbe medicinskih sester povečala na diplomirano medicinsko sestro, specialistko ali medicinsko sestro z magisterijem (De Geest, et al., 2008). V letu 2008 se je približno 30 % medicinskih sester v Belgiji izobraževalo na študijskem programu diplomirane medicinske sestre, magisteriju in specializacijah (OECD, 2009). Begley in sodelavci (2012) so izvedli raziskavo med 57 medicinskimi sestrami, kjer so ugotavljali razliko med skupinama specialistk in medicinskimi sestrami z naprednimi znanji. Ugotovili so, da medicinske sestre z naprednimi znanji nudijo višji raven zdravstvene oskrbe pacientov, kot medicinske sestre specialistke. Prav tako je potrebno medicinske sestre specialistke spodbuditi k doseganju znanja na nivoju medicinske sestre z naprednimi znanji.

V dopoljnjeni Direktivi 2013/55/EU, v 31. členu, je opisanih osem kompetenc, ki jih bodo izobraževalne ustanove morale implementirati v izobraževalne sisteme. Posledično zaradi povečanja zahtev izobraževanja za medicinske sestre pri prevzemanju novih nalog in odgovornosti ter specializacijah, predvsem na področjih preventive, dolgotrajne oskrbe, zdravstvene nege v patronažnem varstvu, razvoju e- zdravja,



informacijsko komunikacijski tehnologiji, varnosti pacientov ter delovanju v raziskovanju. Po Direktivi 2013/55/EU, bi morale formalno izobraževanje zajemati kompetence in usposobljenost medicinskih sester za procesno metodo dela za načrtovanje aktivnosti v zdravstveni negi, pridobivanje spretnosti pri praktičnem usposabljanju, zdravstveno vzgojno delovanje na področju zdravega življenjskega sloga, kompetence na področju ukrepanja pri reševanju življenja v različnih situacijah, podporo in neodvisno svetovanje uporabnikom, ki potrebujejo obravnavo in kakovostno zdravstveno nego ter njihovo vrednotenje s profesionalnim komuniciranjem in sodelovanjem z drugimi poklici v zdravstvenem sistemu in izvajanje analiz, ki posledično vplivajo na strokovno izvajanje dela (Evropean Federation of Nurses (EFN), 2015).

## **2.4 OPREDELITEV IN STALIŠČA DO SPECIALIZACIJ V ZDRAVSTVENI NEGI V SLOVENIJI**

Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o specializacijah zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev (2012), določa vrsto, trajanje in vsebino specializacij zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, ki imajo izobrazbo, pridobljeno po študijskih programih, za pridobitev izobrazbe druge stopnje, oziroma raven izobrazbe, pridobljene po študijskih programih, ki v skladu z zakonom ustreza izobrazbi druge stopnje.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je vodstvu zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih v Sloveniji pripravila dopis, kjer opozarja na prenose kompetenc med poklicnimi skupinami, ki še niso usklajene na področju zdravstvene zakonodaje. Prenos aktivnosti med izvajalci bo možen izključno na nivoju zdravnik in diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik. Popolno odgovornost bo lahko prevzela le oseba, ki ima ustrezno formalno izobrazbo. Pri prenosu aktivnosti z zdravnika na medicinsko sestro/zdravstvenika bodo medicinske sestre morale pridobiti vsa potrebna formalna izobraževanja (Klemenc, 2010).

V Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020, je navedeno, da bo potrebno zaradi prenosa aktivnosti z zdravnika na medicinsko sestro, odpreti nove možnosti v razvoju poklica medicinske sestre in karierne poti. Spodbuditi bo potrebno izvajalce zdravstvene nege k izobraževanju na specializiranih področjih. Naraščanje potreb starajoče se populacije je vzrok za izobraževanje, kjer bo potrebna celostna obravnava in oskrba pacienta, sledi razvoj na področju znanosti in tehnologije, racionalizacija dela drugih strokovnjakov ter z dopolnjenim izobraževanjem pridobljena večja samostojnost pri delu kot na primer vodenje kroničnih bolnikov (Kadivec, et al., 2011).

Kadivec in ostali (2011) navajajo, da glede na demografske podatke narašča število kroničnih bolezni in s tem tudi naraščajo aktivnosti izvajalcev zdravstvene nege k vodenju pacientov s sladkorno boleznijo, srčnim popuščanjem, arterijski hipertenziji, kronični obstruktivni bolezni, astmi, demenci, depresiji, kronične rane, inkontinenca, vodenje pacienta z rakom, koordinacija različnih obravnav, promocija zdravja ter ostala področja kot gerontologija, psihiatrija, pediatrija, patronažna dejavnost, anesteziologija, intenzivna terapija, onkologija, paliativa, preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, medicina dela, enterostomalna terapija in ostala področja, kjer bo še možnost prenosa poklicnih kompetenc na diplomirano medicinsko sestro. Na podlagi raziskave med medicinskimi sestrami so rezultati pokazali, da medicinske sestre s specializacijo izboljšajo dostop do storitev zdravstvene obravnave in prispevajo k skrajševanju čakalnih dob. Izobražene medicinske sestre s specializacijo lahko zagotavljajo enako kakovost oskrbe, kot zdravniki (OECD, 2010). Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri obvladovanju stroškov in učinkovitosti zdravstvenega varstva (Požun, 2015).

Filejeva (2015) pravi, da je zaradi hitrega razvoja znanosti in hitro spreminjajočega se okolja, nujno izobraževanje v vseh obdobjih človekovega življenja. Raziskava pri študentih, ki so obiskovali magistrski študij vzgoje in menedžmenta v zdravstvu in so bili že zaposleni, je pokazala, da študenti zaradi krizne situacije, novopridobljenih znanj ne bodo mogli izkoristiti v celoti. Po dokončanju študija pa bodo znanje lahko koristno uporabili pri obravnavi pacientov in prispevali k razvoju in profesionalizaciji stroke. Raziskava je tudi pokazala, da se anketiranci strinjajo, da jim znanje daje strokovno

moč, da so odgovorni za svoje delo, da po zaključku izobraževanja ne bodo razporejeni na drugo delovno mesto, čeprav bi svoje znanje lahko uporabili kot dodano vrednost, da jim znanje daje strokovno moč, da so odgovorni za svoje delo, da je znanje dodana vrednota, s katero razpolaga vsak posameznik. Anketiranci se zavedajo, da je potrebno formalno izobraževanje, ki je močno povezano s kompetencami, odgovornostjo in varnostjo, kar pacientom prinaša največjo korist.

Kolenc (2010) je v svoji raziskavi med medicinskimi sestrami ugotovila, da s starostjo narašča delež medicinskih sester, ki se strinjajo z dejstvom, da medicinske sestre potrebujejo fakultetno izobrazbo s področja zdravstvene nege, da imajo za izpopolnjevanje več možnosti medicinske sestre z daljšo delovno dobo in na vodilnih mestih. Ugotovila je tudi, da medicinske sestre že sedaj opravijo določena dela in naloge namesto zdravnika.

## **2.5 SPECIALIZACIJE IN KAKOVOST OBRAVNAVE PACIENTA**

Medicinske sestre s specializacijo izvajajo aktivnosti na različnih področjih zdravstvene nege. Delujejo samostojno ali kot del multidisciplinarnega tima, kjer zagotavljajo visoko kakovost, ki je osredotočena in prilagojena pacientu in omogoča pravočasno in stroškovno učinkovito zdravstveno nego. Medicinske sestre, specialistke zdravstvene nege poudarjajo pomen izobraževanja pacientov in nudijo podporo pri zdravljenju, predvsem tam, kjer je prisotnih več vrst bolezni. Medicinske sestre specialistke, večino časa, 60 %, porabijo za izvajanje zdravstvene nege, 17 % časa za izobraževanje, 14 % časa za administracijo in 4 % časa za raziskovanje. Medicinska sestra, specialistka, ki nudi kakovostno oskrbo in podporo pacientu, in je specializirana na svojem področju, prispeva k zmanjševanju hospitalizacij pacientov, ponovnih sprejemov, zmanjševanju čakalnih dob, izboljšanju dostopa do oskrbe ter izobraževanju (Royal College of Nursing, 2013).

Medicinske sestre specialistke (Clinical Nurse Specialist – CNS) imajo dobro izhodišče za sodelovanje pri preoblikovanju zdravstvenega varstva in delujejo na področju obravnave pacienta in družine ter sodelujejo z drugimi strokovnjaki. Kompetence

medicinske sestre, ki jih pridobi s specializacijo, so izvajanje neposredne specialne zdravstvene nege, svetovanje, pospeševanje zdravja, raziskovanje in etično odločanje (National Association of Clinical Nurse Specialists (NACNS), 2010).

Delamaire in Lafortune (2010) poudarjata, da nenehno zviševanje stroškov predstavlja pomemben faktor ter potrebo po razvoju kariere medicinskih sester. Evalvacije kažejo, da medicinske sestre s specialnimi znanji prispevajo k učinkovitejšemu in krajšemu dostopu do zdravstvenih storitev in krajšim čakalnimi dobami. Na osnovi poglobljenega izobraževanja posameznega področja, nudijo enako kakovostno zdravstveno oskrbo kot zdravniki (Delamaire & Lafortune, 2010).

Sibbald (2008) navaja dve študiji, kjer je bil opravljen pregled del in nalog APN v primarnem zdravstvenem varstvu. Splošni zaključki iz leta 2008 so pokazali, da so medicinske sestre zagotavljale visoko kakovostno oskrbo na področju preventivnega zdravstvenega varstva in pri rutinskem spremljanju bolezni pacientov. Medicinske sestre so nudile več informacij in svetovanj pacientom, kot zdravniki, kar je kazalo tudi na večje zadovoljstvo pacientov. Obravnava pacienta s strani medicinske sestre, ni prinesla cenovne razlike pri stroških obravnave, saj je medicinska sestra pri pacientu porabila več časa, kot zdravnik, kar je bilo stroškovno enakovredno.

V letu 2009 je Sibbald (2009) opravil raziskavo o obravnavi kroničnih pacientov, ki je pokazala, da se je s prevzemanjem kompetenc, zmanjšalo povpraševanje po zdravniški obravnavi. Kakovost obravnave pa se ni spremenila ali je bila celo boljša. Stroškovnega vpliva ni bilo zaradi dodatnega vključevanja novih dejavnosti s strani medicinske sestre. Zato je prišlo ponekod tudi do povečevanja stroškov. DiCenso (2010) je v obsežni raziskavi med medicinskimi sestrami ugotovil, da je s strani medicinskih sester zagotovljena varna in učinkovita oskrba ali še boljša, kar je pokazalo tudi zadovoljstvo pacientov. V Franciji so rezultati pilotne študije pokazali, da je bila zagotovljena boljša kakovost obravnave s strani medicinske sestre in da so bili rezultati zdravljenja pri pacientih s sladkorno boleznijo in drugimi kroničnimi boleznimi, zlasti z večjim zagotavljanjem svetovanja pacientom o življenjskem slogu, samooskrbi, boljši (Mousques, et al., 2010).

### 2.5.1 Nove priložnosti medicinskih sester

Na Irskem so zaradi hitrejšega dostopa do zdravil, pacienti sami izrazili visoko stopnjo zadovoljstva, saj se je čakalni čas za recept zmanjšal na 90 % (Drennan, et al., 2012). Na Škotskem so nekateri zdravniki izrazili zaskrbljenost zaradi predpisovanja receptov s strani medicinske sestre, vendar pa so ocene pokazale, da pri predpisovanju ni prihajalo do napak (Watterson, et al., 2009). V Veliki Britaniji je bilo poudarjeno področje kontinuiranega izobraževanja v primarnem zdravstvenem varstvu pri predpisovanju zdravil (Courtenay, et al., 2007). S strani zdravnika je bilo največ dilem zaradi predpisovanja zdravil na recept pri medicinskih sestrah iz vidika pravnih odgovornosti v primeru nepravilnosti (American College of Physicians (ACP), 2009). V American Medical Association ((AMA), 2009) so opredelili obvezno potrebo po možnosti posvetovanja in nadzora z zdravnikom. V Franciji so bili s strani National Council of Doctors ((CNOM), 2009) izraženi pomisleki o pravni odgovornosti pri predpisovanju zdravil. Postavili so zahteve o jasnejših opredelitvah vlog in odgovornosti izvajalcev zdravstvenih storitev.

V Avstraliji je leto 2010 prineslo zgodovinsko reformo. Medicinske sestre, predpisovalke zdravil, so pridobile številko predpisovalca. V Kanadi je Kanadsko združenje medicinskih sester (CNA) podpiralo predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester, saj je pomagalo pri optimizaciji spreminjajočih se potreb prebivalstva. Na Danskem, kjer so predpisovalne pravice strogo določene, je danska zakonodaja zelo specifična pri prenosu kompetenc z zdravnikov na druge skupine v zdravstvu. Za zdaj še niso videli potrebe po predpisovanju zdravil s strani medicinske sestre (OECD, 2010).

Španija je že leta 2009 sprejela dodatek zakonu, kjer so bile vključene medicinske sestre kot poklicna skupina, ki je kompetentna za opravljanje nalog na področju predpisovanja zdravil in medicinskih pripomočkov. Na Švedskem je že predpisan obseg zdravil, ki jih lahko predpiše medicinska sestra s posebnim registrom Nacionalnega odbora za zdravje in socialno varstvo. V Združenem kraljestvu medicinske sestre lahko predpisujejo skoraj vsa zdravila, z izjemo nekaterih nadzorovanih drog. Na Škotskem je

predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester prispevalo k boljši oskrbi pacientov, hitrejšemu dostopu do zdravil in boljšemu izkoristku časa medicinskih sester in zdravnikov. Predpisovanje zdravil je izziv sodobnega časa, predvsem pri tistih, ki delajo v oddaljenih območjih, kjer s strani zdravnika ni pokrito območje zdravstvenih storitev (ICN, 2008). Kroezen s sodelavci (2012) navaja, da mora biti v zdravstvenem sistemu zagotovljena varna možnost zdravljenja, ki je podprta z zakonodajo. Potreben bo dogovor med medicino, farmacijo in zdravstveno nego, ki bo omogočil sprejemanje sprememb na vseh ravneh v zdravstvu.

Svetovna gospodarska kriza, ki se je začela 2008, je imela in še ima velik vpliv na zaposlovanje medicinskih sester. V mnogih državah po svetu so z zmanjšanjem zaposlovanja, zmanjšali izdatke v zdravstvu, še posebej v zdravstveni negi (WHO, 2006). Kriza je povzročila iskanje dela izven matične države in tudi izven stroke. Kot primer je leta 2013, 1231 diplomiranih medicinskih sester zahtevalo potrdila za zaposlitev v tujini, največ med letoma 2009 in 2012. Aiken in sodelavci (2013) so opravili raziskavo v 12 evropskih državah, ki je pokazala visok odstotek nezadovoljstva v zdravstveni negi, predvsem so izpostavili plače medicinskih sester, možnost izobraževanja in pomanjkanje strokovnega izpopolnjevanja (Aiken, et al, 2013). Duffield s sodelavci (2011) navaja, da je pomembno število zaposlenih v zdravstvenih ustanovah. Premalo zaposlenih medicinskih sester vpliva na povečan obseg dela v zdravstveni negi, kar je povezano s kakovostjo obravnave pacienta in negativnimi rezultati, kot so padci in napake pri zdravljenju. ICN (2012) podpira sodelovanje medicinskih sester v politiki v zdravstvu in financiranju. Angažiranje medicinskih sester pri razvoju dobrega dialoga v zdravstveni politiki je ključnega pomena za uresničevanje ciljev v zdravstveni negi, ki se kaže tudi z večjo stroškovno učinkovitostjo (Lathrop, 2013). Medicinske sestre v promociji zdravja in preprečevanju bolezni, v vseh starostih, lahko zmanjšajo obolevnost in s tem povezane stroške zdravljenja (WHO, 2008).ocene tudi kažejo, da medicinske sestre z magisterijem, lahko izboljšajo dostop do storitev pri uporabnikih ter izboljšajo kakovost in zadovoljstvo pacientov (OECD, 2010).

## 2.6 VRSTE KLINIČNIH SPECIALIZACIJ

Za razvoj programov kliničnih specializacij bo potrebno določiti prioriteta področja razvoja in standarde za razvoj programov klinični specializacij na področjih gerontologije, psihiatrije, pediatrije, patronažne dejavnosti, anesteziologije, intenzivne terapije, onkologije, zdravstvene nege pacienta s kroničnimi bolezenskimi stanji, paliativni oskrbi, preprečevanju in obvladovanju bolnišničnih okužb, medicini dela, enterostomalni terapiji, kirurška zdravstvena nega, babišvo. Trajanje specializacij mora biti od enega do največ treh let (Kadivec, et al., 2013).

Rautiainen in Vallimies Patomäki (2016) sta v svoji raziskavi želela pridobiti informacijo o podiplomskem izobraževanju v zdravstveni negi v državah Evropske unije (EU). Vključenih je bilo 26 držav članic. Odzivnost je bila 45 %. Raziskava je pokazala, da so najpogostejše specializacije na področju intenzivne nege, duševnega zdravja, nujne medicinske pomoči in pediatrije. Programi specializacij so se razlikovali po državah v obsegu ur v kliničnih okoljih, vpisnih pogojih, dolžini izobraževanja, v pridobljenih kompetencah in standardih izobraževanja v zvezi s programi specializacij. V Združenih državah Amerike so že v letu 1970, medicinskim sestram podelili prvo pravico predpisovanja zdravil. V Veliki Britaniji, Avstraliji in v nekaterih pokrajinah v Kanadi, medicinske sestre že samostojno predpisujejo zdravila od leta 1990, na Irskem pa od leta 2007. Na Finskem so medicinske sestre predpisovale kontracepcijske tablete že vrsto let (OECD, 2010).

V anketni raziskavi operacijskih medicinskih sester o izobrazbeni strukturi, so rezultati pokazali, da je prišlo do napredka pri pridobivanju stopnje izobrazbe. Anketiranke so izrazile potrebo po izobraževanju 100 % na področju operativne medicinske sestre. 59 % medicinskih sester je predlagalo redno izobraževanje na tem področju, 29 % anketiranih pa je predlagalo specializacijo. 24 % anketirank je videlo možnost kariernega razvoja (Rebernik, 2009). V raziskavi o potrebah po specializacijah v zdravstveni negi, ki jo je izvedla Delovna skupina za pripravo specializacij v zdravstveni negi v Sloveniji, je na podlagi prejetih odgovorov, v sodelovanju z



visokošolskimi zavodi in fakultetami, strokovnim združenjem ter kliničnim okoljem, določila prioriteto razvoja posameznih specializacij (Horvat, et al., 2013).

Kroezen (2012) opredeljuje medicinsko sestro, ki ima kompetence za predpisovanje zdravil, kot osebo, ki omogoča časovno sprostitev časa zdravnikov za obravnavo akutnih in zahtevnejših bolnikov. S prevzemanjem del in nalog z zdravnika na medicinsko sestro se poveča tudi dostop zdravstvene obravnave, zlasti na manj pokritih področjih. Po ocenah ameriškega prebivalstva v letu 2013 in že pred tem je medicinska sestra oseba, ki ji zaupajo, je poštena in ima zelo visoke standarde (Gallup, 2013). Tudi v Španiji ocenjujejo večjo stopnjo zadovoljstva pacientov, kjer jih obravnava medicinska sestra na domu (Morales-Asencio, et al., 2008). V Ottawi se je število sprejemov pacientov z angino pectoris zaradi kakovostne obravnave, zmanjšalo za 45 % v obdobju enega leta (Woodend, et al., 2008). V Kanadi je študija pokazala 85 % manj hospitalizacij in 55 % manj nujnih intervencij, kjer so skrb na domu za paciente prevzele medicinske sestre (Canadian Home Care Association, 2006).

Medew (2013) navaja, da medicinske sestre, ki so usposobljene za prevzemanje določenih del in nalog zdravnika, izvajajo aktivnosti v okviru zmanjševanja stroškov v bolnišnicah in zmanjševanju čakalnih vrst. Medicinske sestre z ustrezno izobrazbo ponekod tudi že izvajajo določena napredna dela in naloge ter kompetence zdravnika, kot so cistoskopije, kolonoskopije, predvsem pri tistih pacientih, ki potrebujejo večkratno obravnavo. Medicinske sestre se usposabljujejo tudi za delo na področju anesteziologije, kjer izvajajo uvajanje epiduralnega katetra ter ostalih postopkov.

## **2.7 ZAHTEVNEJŠE OBLIKE DELA**

Zahtevnejše oblike dela se za medicinske sestre kažejo v nadgradnji znanja. Pri svojem delu bodo vključevale kritično mišljenje in analizo rezultatov, kar bo posledično vplivalo na presojanje in odločitev, v razširjanje in pripravo kliničnih, strokovnih izzivov in situacij (Klemenc & Ažman, 2013). Raziskava na Finskem je pokazala, da je ključnega pomena za uvajanje zahtevnejših oblik dela po navedbi Fagerstrom in Glasberg (2011) odgovornost, ki je za ustvarjanje pogojev izražena pri izvajalcih in



politiki ter posledično na pacientih. Potrebna je podpora s strani vodstva, kjer so jasno opredeljene vloge, oblikovani modeli nadaljnjega izobraževanja, ki morajo biti usklajeni s potrebami prebivalstva. V Združenih državah Amerike je vlada podprla izobraževanje medicinskih sester in povečala sredstva za usposabljanje, ker so bili mnenja, da primanjkuje medicinskih sester (Aiken, et al., 2008). Tudi v Kanadi in na Irskem so bili financirani programi izobraževanja na magistrskem študiju (DiCenso, et al., 2009; National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (NCNM), 2008).

V Kanadi sta Canadian Nurse Protective Society in Canadian Medical Protective Association pripravila skupaj sklop načel in meril za določitev področij iz prakse in njihove pristojnosti ter odgovornosti. V večini držav bo za nove pristojnosti medicinskih sester treba pripraviti zakonske regulativne spremembe, da bi odpravili ovire za izvajanje novih nalog. Prav tako je treba z izobraževalnimi programi zagotoviti splošna in specifična znanja, uskladiti vsebine in trajanje programov izobraževanja in usposabljanja, ki bo omogočal dobro sodelovanje in pripravo za timsko delo.

Glavni razlogi za uvedbo ali razširitev naprednih vlog medicinskih sester v Avstraliji je tudi pomanjkanje zdravnikov, boljši dostop do storitev, kakovost v oskrbi in neprekinjena oskrba, spreminjajoče se potrebe pacientov, stroškovna učinkovitost ter možnosti za napredovanje (OECD, 2009). Glavni razlog za prevzem določenih del in nalog zdravnika je bil v Belgiji primanjkljaj zdravnikov v nekaterih geografsko oddaljenih območjih ter spodbujanje k večji kakovosti in kontinuirani oskrbi ter boljši dostop do storitev, zaradi povečanja kroničnih bolezni in staranja prebivalstva ter stroškovne povezave (OECD, 2009).

Faseleh - Jahromi in sodelavci (2014) so opravili kvalitativno študijo pri medicinskih sestrah, kjer so ugotavljali družbeno odgovornost in ugotovili, da so se medicinske sestre strinjale, da morajo za opravljanje dela in nalog imeti pozitivne človeške lastnosti, strokovne kompetence, strokovne vrednote, upoštevati strokovna načela in imeti znanja.

OECD (2010) navaja razloge za razvoj novih vlog medicinskih sester, kjer se najpogosteje pojavlja kot prvi vzrok, izboljšanje dostopa do oskrbe v okviru omejenega števila zdravnikov. Drugi vzrok je višja kakovost oskrbe, intenzivno spremljanje in svetovanje pri bolnikih s kronično boleznijo. Tretji vzrok je manj stroškov storitev izvajalcev kot cenejša delovna sila. Poleg tega vidijo razvoj naprednejših vlog medicinskih sester kot način povečanja privlačnosti poklica in večjih zaposlitvenih možnosti ter možnosti specializacije s poudarkom na nekaterih skupinah bolnikov. Število medicinskih sester v novih vlogah še vedno predstavlja majhen delež vseh medicinskih sester. V državah Združenih državah Amerike, Kanadi, Veliki Britaniji in Finski, kjer imajo medicinske sestre že daljše izkušnje pri prevzemanju zahtevnejših oblik dela, so ugotovili, da je dostop do zdravstvene obravnave in storitev boljši, da se zmanjšujejo čakalne vrste ter, da je zagotovljena enaka kakovost oskrbe pri medicinski sestri kot pri zdravniku. Ugotovili so tudi, večje zadovoljstvo pacientov pri obravnavi in porabljenem času za pacienta. To se je pokazalo z manj zapleti in številom hospitalizacij ter kot prihranek oziroma zmanjševanje stroškov. V vseh državah, kjer je prišlo do prevzemanja del in nalog s strani zdravnika, bo potrebno spremeniti ali dopolniti zakonodajo in predpise.

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 OPIS RAZISKOVALNEGA PROBLEMA, NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Razumevanje zahtevnejših oblik dela predstavlja še vedno problem med medicinskimi sestrami. Medicinske sestre že prevzemajo in izvajajo določena dela in naloge zdravnika. Še vedno pa ni za to pravne podlage.

Namen magistrskega dela je ugotoviti mnenja, stališča in odnos medicinskih sester do zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi v bolnišnični dejavnosti. Izhajajoč iz prakse, kjer so določene pristojnosti že prenesene in jih medicinske sestre/zdravstveniki že izvajajo, smo analizirali poznavanje in informiranost medicinskih sester ter njihov odnos do zahtevnejših nalog.

Z magistrskim delom smo želeli ugotoviti zavedanje izvajalcev zdravstvene nege o zahtevnejših oblikah dela, poznavanje kompetenc, stališča do prevzemanja del in nalog s strani zdravnika in ugotoviti, ali se medicinske sestre želijo izobraževati. Želeli smo ugotoviti, kakšna so stališča do zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi, ali jih vidijo kot priložnost, ali jih prepoznajo kot kompetence in ali jih želijo prevzemati. Ter ugotoviti, kako medicinske sestre razmišljajo o konceptih, ki so v tujini že prepoznavni in jih že izvajajo.

Z raziskavo želimo prispevati k prepoznavanju vsebin zahtevnejših oblik dela ter potrebam in pripravljenosti za podiplomsko izobraževanje med izvajalci v zdravstveni negi, ki posledično vplivajo na kakovostno obravnavo pacienta. Z rezultati želimo seznaniti ustanove, kjer smo opravili raziskavo in na takšen način vplivati na večjo pripravljenost prevzemanja in prepoznavnosti kompetenc, ki so jih v drugih državah že prevzeli.

Cilj magistrskega dela je:

- ugotoviti mnenja in stališča po podiplomskem izobraževanju iz vidika zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi med izvajalci zdravstvene nege,
- ugotoviti pripravljenost izvajalcev zdravstvene nege za podiplomsko izobraževanje in dejavnike, ki oblikujejo stopnjo pripravljenosti.

## **3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE**

Postavili smo si naslednje hipoteze:

H1: Obstaja statistično pomembna povezava med željo po podiplomskim izobraževanjem in izvajanjem zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi.

H2: Obstaja statistično pomembna razlika med željo po podiplomskem izobraževanju in stopnjo izobrazbe.

H3: Razumevanje kompetenc po modelu ICN se statistično značilno razlikuje glede na demografske podatke (spol, starost, delovno mesto) in je statistično značilno povezano s stopnjo izobrazbe.

H4: Pripravljenost medicinskih sester za dodatno izobraževanje je na zahtevnejših oblikah dela mogoče pojasniti s starostjo, delovno dobo in potrebo po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji.

## **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

### **3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov**

V teoretični del magistrske naloge smo vključili pregled literature iz podatkovnih baz COBISS in CINAHL. Pri CINAHL-u smo uporabili napredno iskanje ter Boolov logični operator »AND«.

Pri iskanju v podatkovni bazi CINAHL smo vpisali še zahteve po dostopnosti člankov v celotnem besedilu in razpoložljivem izvlečku, omejili smo letnico med 2006 in 2016, vpisali zahteve po recenziji, raziskovalnem članku in angleškem jeziku. Uporabili smo ključne besede »specialization, nurse» in dobili 20 zadetkov, uporabili smo 3 članke.

Za nadaljnje delo v podatkovni bazi CINAHL smo uporabili kombinacijo besed “advanced forms of work, competence”, letnice smo omejili 2010 in 2016, dobili smo 30 zadetkov in uporabili 6 člankov. Nato smo uporabili ključne besede “postgraduate education, advanced nurse practice”, dobili smo 44 zadetkov in uporabili 9 prispevkov.

V COBIB.SI iskalnih zahtev po letnicah nismo omejili, uporabili smo osnovno iskanje, zahtevo po slovenskem jeziku ter zahteve po člankih in drugih sestavnih delih. Uporabili smo ključne besede “zahtevnejše oblike dela”. Prejeli smo 10 zapisov in uporabili smo enega. Uporabili smo tudi brskalnik Googlov učenjak, kjer smo pridobili rezultate mednarodnih raziskav s področja zahtevnejših oblik dela.

Pregled znanstvene literature je potekal od meseca aprila 2006 do meseca aprila 2016.

Empirični del je temeljil na kvantitativni deskriptivni metodi dela. Podatke smo zbirali z enkratnim zbiranjem, tehniko pisnega anketiranja.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Uporabili smo kvantitativni neeksperimentalno metodo raziskovanja. Podatke smo zbirali s tehniko anketiranja, kot instrument smo uporabili strukturiran vprašalnik. Vprašalnik je bil sestavljen iz 10 sklopov z različnim številom vprašanj zaprtega tipa. Vseh trditev je bilo 121. Prvi sklop je sestavljalo 10 vprašanj, ki so bila namenjena zbiranju demografskih podatkov: spol, izobrazba, starost, delovno mesto, organizacijska enota, delovna doba in delovna organizacija. Ostale sklope smo oblikovali na podlagi pregledane domače in tuje literature.

Drugi vsebinski sklop vprašalnika o izobraževanju v zdravstveni negi (OECD, 2009; Klemenc & Ažman, 2013; Plazar & Ličen, 2013) in je bil sestavljen iz 6 vprašanj, tretji vsebinski sklop je sestavljalo 30 trditev. Vprašanja so se nanašala na nove vloge medicinskih sester v razvitih državah (Delamair & Lafortune, 2010; Požun & Skela Savič, 2011; Kadivec, et al., 2013), četrti vsebinski sklop vprašanj je bilo 8 trditev o stališčih medicinskih sester do specializacij v zdravstveni negi in povečanju obsega del in nalog (ICN, 2009; Horvat, et al., 2013; Lokar, 2013; Bregar et al., 2013; Pajnikihar & Jakl, 2013), Peti vsebinski sklop je sestavljalo 11 trditev o kompetencah (Železnik, et al., 2008), šesti vsebinski sklop je vseboval 15 trditev s področja izobraževanja v zdravstveni negi (OECD, 2011; Kadivec, et al., 2013). V sedmem vsebinskem sklopu je bilo 14 trditev, ki so se nanašale na specializacije v zdravstveni negi (Horvat, et al., 2013). Osmi vsebinski sklop je vseboval 7 trditev, ki so opredeljevala stališča medicinskih sester do osebnostnega in kariernega razvoja (Klemenc & Ažman, 2013). Deveti vsebinski sklop je vseboval 18 trditev, ki so se nanašale na seznanjenost medicinskih sester o vrstah specializacij v zdravstveni negi (Horvat, et al., 2013). V desetem sklopu je bilo postavljenih 12 trditev na podlagi definicije Nursing and Midwifery Council (Supporting the Development of Nursing Practice, 2008 cited in Skela Savič, 2013) o opredelitvah del in nalog medicinske sestre z opravljenim magisterijem v zdravstveni negi.

V vseh sklopih so anketiranci odgovarjali na podlagi petstopenjske Likertove lestvice. Posamezne vrednosti so bile definirane z oceno od 1 do 5. Ocena 1 je pomenila, da so se anketiranci z navedeno trditvijo niso strinjali, ocena 5 pa, da so se z navedeno trditvijo zelo strinjali. Trditve so bile usmerjene v kompetence v zdravstveni negi, v pripravljenosti k izobraževanju, razumevanju novih vlog medicinskih sester, stališčih do specializacij, osebnostnemu in kariernemu razvoju.

Zanesljivost vprašalnika smo preverjali z metodo analize notranje konsistentnosti. Vrednosti Cronbachovega testa so med 0 in 1. Če je ta večja od 0,8, pomeni, da gre za visoko zanesljivost vprašalnika, če je med 0,6 in 0,8, gre za srednjo zanesljivost. Če le-ta znaša pod 0,6, je zanesljivost nizka (Šifrer, J. & Bren, M., 2011).

Rezultati o zanesljivosti vprašalnika na vzorcu, vključenih v raziskavo:

- Cronbachov koeficient alfa za celotni vprašalnik je 0,971, kar pomeni, da je vprašalnik zanesljiv in je iz odgovorov na vprašanja mogoče sklepati na populacijo.
- Cronbachov koeficient alfa za sedem trditev, ki pojasnjujejo željo po dodatnem izobraževanju, je 0,845, kar pomeni, da je vprašalnik zanesljiv.
- Cronbachov koeficient alfa za 15 trditev, ki pojasnjujejo razumevanje kompetenc po modelu ICN, je 0,932, kar pomeni, da je vprašalnik zanesljiv.
- Cronbachov koeficient alfa za 14 trditev, ki pojasnjujejo razumevanje zahtevnejših oblik dela, je 0,942, kar pomeni, da je vprašalnik zanesljiv.
- Cronbachov koeficient alfa za 30 trditev, ki se nanašajo na željo po podiplomskem izobraževanju, je 0,952, kar pomeni, da je vprašalnik zanesljiv.
- Cronbachov koeficient alfa za 11 trditev, ki se nanašajo na izvajanje zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi, je 0,648, kar pomeni, da vprašalnik ni najbolj zanesljiv.

Bliže je Cronbachov koeficient alfa vrednosti števila 1, boljša je zanesljivost vprašalnika. Cronbachov koeficient alfa za celotni vprašalnik je bil 0,971, kar je pomenilo, da je zanesljivost vprašalnika zelo dobra.

Merske značilnosti vprašalnika smo preverjali tudi s pilotno študijo, ki smo jo izvedli v mesecu septembru 2014 med medicinskimi sestrami/zdravstveniki, magistricami/magistri zdravstvene nege in doktoricami/doktorji zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Jesenice.

Zanesljivost pilotnega vprašalnika:

- Cronbachov koeficient alfa za celotni vprašalnik je 0,971, kar pomeni, da je vprašalnik zanesljiv in je iz odgovorov na vprašanja mogoče sklepati na populacijo.
- Cronbachov koeficient alfa za sedem trditev, ki pojasnjujejo željo po dodatnem izobraževanju, je 0,831, kar pomeni, da je vprašalnik zanesljiv.
- Cronbachov koeficient alfa za 15 trditev, ki pojasnjujejo razumevanje kompetenc po modelu ICN, je 0,930, kar pomeni, da je vprašalnik zanesljiv.
- Cronbachov koeficient alfa za 14 trditev, ki pojasnjujejo razumevanje zahtevnejših oblik dela, je 0,934, kar pomeni, da je vprašalnik zanesljiv.
- Cronbachov koeficient alfa za 30 trditev, ki se nanašajo na željo po podiplomskem izobraževanju, je 0,950, kar pomeni, da je vprašalnik zanesljiv.

- Cronbachov koeficient alfa za 11 trditvev, ki se nanašajo na izvajanje zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi, je 0,310, kar pomeni, da vprašalnik ni najbolj zanesljiv.

Na osnovi pilotnega vprašalnika nismo izključili nobene trditve. Rezultate pilotnega vprašalnika smo uporabili v raziskavi za magistrsko delo.

### 3.3.3 Opis vzorca

V raziskavo smo želeli vključiti 12 slovenskih bolnišnic. Soglasje za raziskavo smo prejeli iz 5 splošnih bolnišnic, Splošna bolnišnica Jesenice, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Splošna bolnišnica Novo Mesto, Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, 1 specializirane klinike - Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik in 1 Univerzitetnega kliničnega centra - Univerzitetni klinični center Ljubljana, kjer smo anketirali dve kliniki, Interno in Kirurško kliniko. Za število zaposlenih v ustanovah, smo najprej zaprosili Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Po pridobljenih podatkih NIJZ je bilo v 5 bolnišnicah in 1 specializirani bolnišnici zaposlenih 686 višjih medicinskih sester/zdravstvenikov, diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov in magistric/magistrov zdravstvene nege. Vse ustanove (tabela 2), v katerih smo pridobili soglasje in izvedli anketiranje, zaposlujejo 1244 višjih medicinskih sester/zdravstvenikov, diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov in magistric/magistrov zdravstvene nege. Po pridobljenih soglasjih za izvedbo anketiranja, smo tudi ustanove zaprosili za število zaposlenih višjih medicinskih sester/zdravstvenikov, diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov in magistric/magistrov zdravstvene nege (tabela 2), ki se je razhajalo od podatkov z NIJZ (tabela 1). Za izvedbo anketiranja smo upoštevali posredovano število zaposlenih, ki so jih posredovale ustanove. Razdelili smo 1244 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih anketnih vprašalnikov je bilo 364, kar predstavlja 29,01 % odzivnost anketirancev. V Splošni bolnišnici Jesenice smo ankete razdelili osebno, v Univerzitetnem kliničnem centru smo posredovali ankete glavnim medicinskim sestram oddelkov. Ostalim anketiranim bolnišnicam smo ankete poslali po pošti. Po pošti smo posredovali tudi ovojnice, kamor so anketiranci vložili izpolnjene anketne vprašalnike in s tem zagotovili anonimnost. V



Splošni bolnišnici Jesenice in Univerzitetnem kliničnem centru, smo anketne vprašalnike prevzeli osebno.

**Tabela 1: Število medicinskih sester /zdravstvenikov po posameznih bolnišnicah, ki so sodelovali v raziskavi**

SPLOŠNE BOLNIŠNICE / SPECIALIZIRANE BOLNIŠNICE / UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTRI IN KLINIKE	POSLANE ANKETE	VRNJENE ANKETE	
		n	%
Splošna bolnišnica Jesenice	70	25	6,9 %
Splošna bolnišnica Murska Sobota	160	42	11,5 %
Splošna bolnišnica Novo mesto	87	45	12,4 %
Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj	80	32	8,8 %
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	120	63	17,3 %
Univerzitetni klinični center Ljubljana	661	117	32,1 %
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik	66	37	10,2 %
Ni podatka		3	0,8 %
<b>Skupaj</b>	<b>1244</b>	<b>364</b>	<b>29,26 %</b>

n = število poslanih in vrnutih anket

Tabela 1 prikazuje delež anketiranih medicinskih sester v bolnišnicah, ki so sodelovale v raziskavi. Največji delež anketiranih medicinskih sester je bilo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, 32,1 %, nato sledijo Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, 17,3 %, Splošna bolnišnica Novo Mesto, 12,4 %, Splošna bolnišnica Murska Sobota, 11,5 %, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 10,2 %, Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, 8,8 %, Splošna bolnišnica Jesenice, 6,9 %.

**Tabela 2: Število zaposlenih medicinskih sester v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana**

	Skupno število dipl. m. s./dipl. zn./mag. zdr. neg., medicinskih sester/zdravstvenikov z doktoratom
Interna klinika UKC Ljubljana	219
Kirurška klinika UKC Ljubljana	442
	<b>661</b>

Legenda: dipl. m. s. = diplomirana medicinska sestra, dipl. zn.= diplomirani zdravstvenik, mag. zdr. neg.= magistrica zdravstvene nege, magister zdravstvene nege

Tabela 2 prikazuje delež zaposlenih v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana na Interni kliniki in Kirurški kliniki.

**Tabela 3: Demografski podatki anketirancev**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Spol	Moški	26	7,1
	Ženski	335	92,0
	Skupaj	361	99,2
	Manjkajoči	3	0,8
	Skupaj	364	100,0
Izobrazba	višja ali visokostrokovna sola	313	86,0
	univerzitetna izobrazba	24	6,6
	specializacije po visokostrokovni izobrazbi	7	1,9
	magisterij	8	2,2
	doktorat	1	0,3
	Skupaj	353	97,0
	Manjkajoči	11	3,0
	Skupaj	364	100,0
Starost	19-29 let	51	14,0
	30-40 let	177	48,6
	41-61 let	124	34,1
	Skupaj	352	96,7
	Manjkajoči	12	3,3
	Skupaj	364	100
Delovno mesto	višja medicinska sestra/višji zdravstvenik	26	7,1
	diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	305	83,8
	glavna medicinska sestra/zdravstvenik, vodja zdravstvene nege	19	5,2
	magister/magistrica zdravstvene nege	2	0,5
	Skupaj	352	96,7
	Manjkajoči	12	3,3
	Skupaj	364	100,0
Organizacijska enota	oddelek	205	56,3
	enota	70	19,2
	ambulanta	56	15,4
	sem vodja in ne delam v kliničnem okolju	3	0,8
	sem vodja in delam v kliničnem okolju	22	6,0
	Skupaj	356	97,8
	Manjkajoči	8	2,2
	Skupaj	364	100
Delovna doba	od 0 do vključno 4 let	31	8,5
	od 5 do vključno 10 let	100	27,5
	od 11 do vključno 15 let	63	17,3
	od 16 let do vključno 20 let	50	13,7
	od 21 do vključno 25 let	28	7,7
	od 26 do vključno 30 let	39	10,7

		n	%
	od 31 do vključno 35 let	32	8,8
	36 let delovne dobe ali več	14	3,8
	Skupaj	357	98,1
	Manjkajoči	7	1,9
	Skupaj	364	100,0
Splošne bolnišnice	Splošna bolnišnica Jesenice	25	6,9
	Splošna bolnišnica Murska Sobota	42	11,5
	Splošna bolnišnica Novo mesto	45	12,4
	Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj	32	8,8
	Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	63	17,3
	Skupaj	207	56,9
	Manjkajoči	157	43,1
	Skupaj	364	100,0
Specializirane bolnišnice	Onkološki institut	2	,5
	Manjkajoči	362	99,5
	Skupaj	364	100,0
Univerzitetni klinični center/klinika	Univerzitetni klinični center Ljubljana	117	32,1
	Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik	37	10,2
	Skupaj	154	42,3
	Manjkajoči	210	57,7
	Skupaj	364	100,0
Delovno mesto v organizaciji	Izvajalec/ka zdravstvene nege na oddelku	139	38,2
	Izvajalec/ka zdravstvene nege, medicinskih in tehničnih postopkov v ambulanti	72	19,8
	Timski/ka medicinska sestra/zdravstvenik	71	19,5
	Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (npr. glavna medicinska sestra/zdravstvenik enega oddelka)	43	11,8
	Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (npr. glavna medicinska sestra/zdravstvenik več oddelkov)	3	0,8
	Vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (npr. glavna medicinska sestra/zdravstvenik zavoda)	4	1,1
	Skupaj	332	91,2
	Manjkajoči	32	8,8
	Skupaj	364	100,0

n = število odgovorov, % = odstotni delež

Tabela 3 prikazuje delež anketiranih višjih medicinskih sester/zdravstvenikov, diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov in magistric/magistrov zdravstvene nege ter medicinskih sester/zdravstvenikov z doktoratom. Osebe moškega spola, ki so izpolnjevali anketne vprašalnike, predstavlja 7,1 % delež, delež ženskega spola je 92,0 %. Največ anketiranih je bilo v starosti od 30 – 40 let, kar predstavlja 48,6 % delež, najmanj pa v starosti od 19 – 29 let, kar predstavlja 14,0 % delež. Največ anketiranih

zaposlenih ima od 5 do 10 let delovne dobe, kar znaša 27,5 %, najmanj anketiranih zaposlenih ima 36 let in več delovne dobe, kar znaša 3,8 %. V organizacijski enoti »oddelek«, je bilo 205 anketiranih, kar predstavlja 56,3 % delež, v »enotah« oddelkov je bilo anketiranih 70, kar predstavlja 19,2 % delež, v ambulanti v okviru bolnišnice je bilo 56 anketiranih, kar predstavlja 15,4 % delež. Delež višjih medicinskih sester/zdravstvenikov, diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov in magistric/magistrov zdravstvene nege ter medicinskih sester/zdravstvenikov z doktoratom, ki so vodje in ne delajo v kliničnem okolju, so 3 anketirani, kar predstavlja 0,8 % delež. Število anketiranih vodij, ki delajo v kliničnem okolju, je 22, kar predstavlja 6,0 % delež. 139 anketiranih je izvajalcev zdravstvene nege (ZN) na oddelku, kar predstavlja 38,2 % delež, sledijo izvajalke/-ci ZN medicinskih in tehničnih postopkov v ambulanti, 72, kar predstavlja 19,8 %, delež timskih medicinskih sester/zdravstvenikov je 71, kar predstavlja 19,5 %, vodje klinične oddelčne dejavnosti (glavna medicinska sestra/zdravstvenik oddelka) predstavlja 41 anketiranih ali 11,8 %, vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (glavna medicinska sestra/ zdravstvenik bolnišnice) predstavlja 4 anketirane ali 1,1 %. Število medicinskih sester/zdravstvenikov z višjo ali visokošolsko izobrazbo je bilo 313 ali 86 %, število medicinskih sester/zdravstvenikov z univerzitetno izobrazbo je bilo 24 ali 6,6 %, število medicinskih sester/zdravstvenikov s specializacijo po visokošolski izobrazbi je bilo 7 ali 1,9 %, medicinskih sester/zdravstvenikov z magisterijem je bilo 8 ali 2,2 % ter medicinskih sester/zdravstvenikov z doktoratom je bil/-a 1 medicinska sestra/zdravstvenik ali 0,3 %.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila izvedena v 5 splošnih bolnišnicah, 1 specializirani bolnišnici in 1 univerzitetnem kliničnem centru. Anketirali smo višje medicinske sestre/zdravstvenike, diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike, magistrice/magistre zdravstvene nege in medicinske sestre/zdravstvenike z doktoratom. Raziskava je potekala od 15. septembra 2014 do 20. januarja 2015. Vsem sodelujočim ustanovam smo poslali dopis, v katerem smo jih zaprosili za soglasje z razlago namena, poteka in časa anketiranja. V naslednji fazi smo se dogovarjali s pristojnimi osebami posameznih bolnišnic o poteku raziskave

za anketiranje v obliki uradnih dopisov, telefonsko in preko elektronske pošte. Petim ustanovam smo anketne vprašalnike poslali po pošti, v dveh ustanovah smo anketne vprašalnike razdelili sami. Anketam, ki smo jih poslali po pošti, smo priložili spremni dopis z navedenim namenom raziskave, kopijo soglasja, ki ga je podala ustanova, ter ovojnice z naslovom anketarja, tako, da sodelujoči v raziskavi niso imeli težav pri oddaji vprašalnikov. S tem načinom anketiranja je bila omogočena anonimnost anketirancev. Koordiniranje raziskave je potekalo preko telefona, elektronske pošte in osebno. V bolnišnici, kjer se je izvajalo anketiranje, je bila določena odgovorna oseba, ki je poskrbela za potek anketiranja, izpolnitev in vrnitev vprašalnikov po pošti. Anketiranje smo izvedli v dogovoru s kontaktno osebo v posamezni ustanovi. Čas anketiranja v posamezno ustanovi je bil določen. Anketiranje v vsaki ustanovi je potekalo tri tedne.

Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo opisne statistike. Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS v 21.0. Za prikaz demografskih podatkov smo uporabili metodo opisne statistike frekvenčne in odstotne porazdelitve. Za ugotavljanje povezav med spremenljivkami smo uporabili Pearsonov koeficient korelacije. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 ali manj. Za izračun med odvisnimi in neodvisnimi spremenljivkami smo uporabili enofaktorsko analizo – ANOVO. Spremenljivke smo oblikovali na osnovi factorske analize. Za pojasnitev odnosov do prevzemanja del in nalog glede na spol, starost, izobrazbo, delovno dobo in delovno mesto v organizaciji smo uporabili linearno multiplo regresijsko analizo.

### **3.4 REZULTATI**

V nadaljevanju so prikazani rezultati raziskave, ki smo jo izvedli na vzorcu 364 anketiranih medicinskih sester v 7 bolnišnicah. Podatke smo prikazali po spremenljivkah ter jih oblikovali na podlagi pridobljenih odgovorov v vprašalniku. Za razlago rezultatov bomo uporabili besedo medicinska sestra, ki po spolu številčno prevladuje.

**Tabela 4: Stališča anketirancev do izobraževanja**

	<b>N</b>	<b>PV</b>	<b>SO</b>
V delovni organizaciji, kjer sem zaposlen/a, me spodbujajo k podiplomskemu izobraževanju.	363	2,36	1,20
V delovni organizaciji, kjer sem zaposlen/a, so izpostavili potrebo po podiplomskem izobraževanju.	362	1,94	1,06
V delovni organizaciji, kjer sem zaposlen/a, bi potreboval/a specializacijo za izvajanje aktivnosti zdravstvene nege.	360	3,14	1,27
Seznanjen/a sem z možnostjo specializacije na področju zdravstvene nege.	359	3,22	1,24
Moja stopnja izobrazbe mi zadostuje za delo, ki ga opravljam na delovnem mestu.	359	3,73	1,09
Kot diplomirana medicinska sestra že prevzemam dela in naloge, ki so pristojnost zdravnika, zato ne potrebujem nadaljnjega izobraževanja.	359	2,10	1,13

N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5; 1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon

Tabela 4 nam poda rezultate o stališčih medicinskih sester do izobraževanja v zdravstveni negi. Anketiranci se v povprečju najbolj strinjajo s trditvijo, da jim stopnja izobrazbe zadostuje za delo, ki ga opravljajo na delovnem mestu (PV = 3,73; SO = 1,09), da bi v delovni organizaciji, kjer so zaposleni, potrebovali specializacijo (PV = 3,14; SO = 1,27). Spodbujanje k podiplomskemu izobraževanju s strani delovne organizacije so anketiranci ocenili (PV = 2,36; SO = 1,20), najmanj pa s trditvijo, da so v delovni organizaciji, kjer so zaposleni, izpostavili potrebo po podiplomskem izobraževanju (PV = 1,94; SO = 1,06).

**Tabela 5: Stališča anketirancev do novih vlog medicinskih sester v razvitih državah**

	N	PV	SO
Zdravstvena nega je zavezana, da zavzame aktivno vlogo v razvoju strategij na področju zdravstvene nege.	361	3,95	0,91
Zdravstvena nega je zavezana, da zavzame aktivno vlogo v razvoju zdravstvenih politik in nanjo vezane odločitve na vseh nivojih v zdravstveni negi.	360	3,83	0,96
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja na področju patronažne dejavnosti.	361	3,69	1,01
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja na področju referenčnih ambulant-možnost napotitve k drugemu.	361	3,75	1,05
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja na področju tehnološko zahtevnejših intervencij.	361	3,65	1,04
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja pri postopkih z velikimi obremenitvami, kot je urgencia.	362	3,47	1,05
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja pri interventnih posegih z več tveganja.	361	3,30	1,12
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri predpisovanju zdravil.	359	2,04	1,13
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri predpisovanju temeljnih diagnostičnih postopkov.	360	2,10	1,12
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri laboratorijskih preiskavah.	360	2,29	1,20
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika.	361	1,80	1,05
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika, kot je sprejem v negovalno bolnišnico.	359	2,43	1,29
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika, case management z avtorizacijo napotitev.	358	2,24	1,13
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri obravnavi in vodenju kroničnih pacientov.	361	2,86	1,24
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri osveščanju prebivalstva o zdravem načinu življenja.	361	3,59	1,18
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika v zahtevnejših ocenjevanjih zdravstvenega stanja.	359	2,27	1,12
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri odločanju o diagnostičnih postopkih.	360	2,04	1,04
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri zagotavljanju storitev svetovanja zdravstvenim izvajalcem.	360	2,67	1,16
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela	359	2,70	1,15

	N	PV	SO
dela in naloge zdravnika pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju programov, prva kontaktna točka za stranke.			
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge pri določanju in zagotavljanju sprejemljivih standardov klinične zdravstvene nege.	359	3,81	1,04
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v raziskovanju in izobraževanju na podlagi neposrednega vključevanja v proces zdravstvene nege in oskrbe.	359	3,98	0,96
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v socialno-varstvenih ustanovah.	358	3,69	1,02
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v koordinaciji delovnih procesov, kot so sprejemi in odpusti pacientov iz bolnišnic.	359	3,12	1,20
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge pri koordinaciji v operacijskih dvoranah.	359	3,22	1,16
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v endoskopskih in drugih diagnostičnih enotah.	358	3,05	1,16
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v specialističnih ambulantah – izvajanje storitev male travme, oskrba enostavnih poškodb, izvajanje manjših kirurških posegov.	356	2,37	1,19
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge pri izvajanju diagnostično terapevtskih posegov – preventivnih endoskopskih preiskav, UZ preiskav.	357	2,28	1,13
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v neposrednem sodelovanju z družinskim zdravnikom na terenu.	357	3,22	1,13
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri predpisovanju ortopedskih pripomočkov.	358	2,56	1,19
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri predpisovanju nekaterih zdravil pri kroničnih obolenjih.	358	2,62	1,24

N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5; 1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon

Tabela 5 prikazuje stališča medicinskih sester do novih vlog medicinskih sester v razvitih državah. Anketiranci so kot najmočnejše izraženo stališče z visoko povprečno vrednostjo izrazili pri trditvi, da bo medicinska sestra s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v raziskovanju in izobraževanju na podlagi neposrednega vključevanja v proces zdravstvene nege in oskrbe (PV = 3,98; SO = 0,96), stališče do prevzema aktivne vloge v razvoju strategij na področju zdravstvene nege so anketiranci ocenili s PV = 3,95 in SO = 0,91, stališče, da bo medicinska sestra s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge pri določanju in zagotavljanju sprejemljivih standardov klinične zdravstvene nege so ocenili s PV = 3,81 in SO = 1,04, do stališča, da bo s podiplomskim izobraževanjem medicinska sestra, prevzela večjo odgovornost



odločanja na področju referenčnih ambulant so ocenili s  $PV = 3,75$  in  $SO = 1,05$ . Najnižje izraženo stališče, da bo medicinska sestra s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika so ocenili s  $PV = 1,80$  in  $SO = 1,05$ .

**Tabela 6: Stališča anketiranih do specializacij v zdravstveni negi in povečanjem obsega del in nalog**

	N	PV	SO
Specializacija je usmerjena na dodatno poglobljeno pridobivanje in nadgrajevanje znanja, spretnosti in veščin na enem področju zdravstvene nege.	358	4,24	0,87
S specializacijo bo zagotovljena kakovostna zdravstvena nega.	359	3,93	1,10
S specializacijo bo zagotovljena varna obravnava in oskrba pacienta.	358	3,84	1,13
Bolezni sodobne družbe kažejo potrebo po celostni obravnavi zdravega človeka v okolju, kjer živi.	358	4,32	0,81
Obravnava pacienta na domu bo pogostejša zaradi skrajševanja hospitalne obravnave, zato potrebujemo bolj izobražene medicinske sestre.	359	4,07	0,94
Specializacije so potrebne zaradi naraščanja števila starejših oseb in posledičnega pojava večjega števila kroničnih bolezni.	359	3,93	1,04
Specializacije so potrebne zaradi povečanega povpraševanja po zdravstvenih storitvah.	359	3,73	1,11
Specializacije so potrebne zaradi hitro naraščujoče nove tehnologije in potreb po večjih znanjih medicinske sestre.	359	3,95	1,04

N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5; 1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon

V tabeli 6 so prikazane spremenljivke, ki smo jih oblikovali iz stališč medicinskih sester, najprej do specializacij v zdravstveni negi in povečanje obsega del in nalog. Anketiranci so izrazili najmočneje izražena stališča z visoko povprečno vrednostjo ( $PV = 4,32$ ;  $SO = 0,81$ ) pri stališču, da bolezni sodobne družbe kažejo potrebo po celostni obravnavi zdravega človeka v okolju, kjer živi, pri stališču, da je specializacija usmerjena v dodatno pridobivanje in nadgrajevanje znanja na enem področju zdravstvene nege so ocenili s  $PV = 4,24$  in  $SO = 0,87$ , stališča do obravnave pacienta na domu, zaradi skrajševanja hospitalne obravnave so ocenili s  $PV = 4,07$  in  $SO = 0,94$ . Visoko stališče so izrazili pri trditvi, da so specializacije potrebne zaradi naraščanja števila starejših oseb in kroničnih bolezni ( $PV = 3,93$ ;  $SO = 1,04$ ). Najnižja povprečna vrednost ( $PV = 3,73$ ;  $SO = 1,11$ ) so anketiranci izrazili pri trditvi o potrebah specializacij, zaradi povečanega povpraševanja po zdravstvenih storitvah.

**Tabela 7: Stališče anketiranih do kompetenc**

	N	PV	SO
V naši bolnišnici smo zaposleni seznanjeni s kompetencami.	359	3,77	0,96
Besedo kompetenca, bi zamenjal/z besedo pristojnost.	360	3,65	1,13
V naši bolnišnici vsak dan presegam kompetence.	358	3,22	1,10
Kompetence pridobim na podlagi izobraževanja.	352	3,53	1,10
Kompetence so prenosljive, zato ni potrebno izobraževanje.*	359	1,87	1,00
Seznanjen/a sem s publikacijo Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi.	359	3,25	1,21
Pri svojem delu upoštevam kompetence, ki so v moji pristojnosti.	357	3,81	0,93
Imam veliko praktičnega znanja, vendar so določeni postopki, ki jih izvajam in niso v moji kompetenci.	359	3,42	1,15
Vedno izvedem samo tista dela in naloge, ki so moja kompetenca.	358	2,94	1,22
Razumem, kaj pomenijo kompetence v zdravstveni negi.	359	4,13	0,86
Vedno opravi vse dela in naloge, tudi če niso moja kompetenca.	358	2,89	1,06

N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5; 1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, \* obrnjene vrednosti zaradi zanikanega vprašanja

Iz tabele 7 je razvidno stališče anketiranih do kompetenc. Visoko povprečno vrednost (PV = 4,13; SO = 0,86) ima stališče o razumevanju kompetenc. Najnižje izraženo stališče (PV = 2,89; SO = 1,06) je pri trditvi, da vedno opravijo dela in naloge, tudi, če niso njihova kompetenca.

**Tabela 8: Stališče anketiranih do poznavanja regulatorjev in nivoji izobraževanja v zdravstveni negi**

	N	PV	SO
Seznanjen/a sem, da področje v zdravstveni negi na ravni Evropske unije ureja Direktiva Evropskega parlamenta in sveta.	356	2,76	1,22
Seznanjen/a sem, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja tudi mednarodno združenje International Council of Nurse (ICN).	358	3,21	1,17
Seznanjen/a sem, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja Svetovna zdravstvena organizacija za področje Evrope (WHO).	355	3,34	1,14
Seznanjen/a sem, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja European Federation of Nurses (EFN).	355	2,94	1,15
Seznanjen/a sem, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja European federation of nurse educators (FINE).	357	2,82	1,18
Seznanjen/a sem, da so področje izobraževanja v zdravstveni negi podprta z raziskovalnim in razvojnim delom.	358	3,64	1,05
Sledim novostim v izobraževanju v zdravstveni negi.	352	3,55	0,92
Seznanjen/a sem z dokumentom "Nurses Care Continuum Framework and Competencies".	356	2,48	1,11
Seznanjen/a sem s smernicami na področju kompetenc v	356	2,41	1,07

	N	PV	SO
zdravstveni negi v dokumentu” Nurses Care Continuum Framework and Competencies”.			
Seznanjen/a sem s smernicami na področju kompetenc v zdravstveni negi, ki opredeljujejo kategorije izvajalcev zdravstvene nege v 5. nivojih.	356	2,54	1,06
Seznanjen/a sem, da v 1. nivo spada podporno/ pomožno osebje (Support or assistive worker), kjer niso predpisana izobraževanja, niso registrirani in delajo pod nadzorom.	357	2,43	1,03
Seznanjen/a sem, da v 2. nivo spada registrirano podporno osebje (Enrolled Nurse/Registered Nurse Assistant/ Licensed Practical Nurse): izobraževanja niso poenotena, so pa obvezna, predvidene so omejitve v kliničnem delu, delajo pod direktnim in indirektnim nadzorom.	356	2,45	1,05
Seznanjen/a sem, da v 3. nivo spada diplomirana medicinska sestra (Registered/Licensed Nurse), samostojno delujoči profil, z avtonomijo dela, ima zaključen predpisan program izobraževanja, izpolnjuje pogoje za vpis v register izvajalcev, potrebna licenca za poklic.	358	2,82	1,20
Seznanjen/a sem, da v 4. nivo spada Diplomirana (registrirana) medicinska sestra specialistka (Specialist Nurse), splošna znanja so nadgrajena s specialističnimi, kar omogoča strokovno delovanje, vključuje klinično delo, učenje, administriranj.	358	2,71	1,17
Seznanjen/a sem, da v 5. nivo spada Diplomirana (registrirana) medicinska sestra na zahtevnejših delih in nalogah (Advanced Practice Nurse), pridobljena so ekspertna znanja, sposobnost kompleksnega odločanja, klinične kompetence za razširjeno delovanje stroke- magisterij v zdravstveni negi.	358	2,75	1,19

N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5; 1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon

Tabela 8 prikazuje stališča anketiranih do izobraževanja v zdravstveni negi. Stališče o podprtosti področij izobraževanja v zdravstveni negi z raziskovalnim in razvojnim delom so ocenili s povprečno vrednostjo (PV = 3,64; SO = 1,05), stališče, da sledijo novostim izobraževanja v zdravstveni negi so ocenili s PV = 3,55 in SO = 0,92, stališče, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja tudi mednarodno združenje International Council of Nurse (ICN) so ocenili s PV = 3,21 in SO = 1,17, stališče, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja Svetovna zdravstvena organizacija za področje Evrope (WHO) so ocenili s PV = 3,34 in SO = 1,14. Stališče, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja European Federation of Nurses (EFN) so ocenili s PV = 2,94 in SO = 1,15. Poznavanje stališča do 3 nivoja izobrazbe diplomirane medicinske sestre so ocenili s PV = 2,82 in SO = 1,20 ter stališča do 4 nivoja diplomirana (registrirana) medicinska sestra specialistka so ocenili s PV = 2,94 in SO = 1,17 in stališča do 5 nivoja, diplomirana medicinska sestra z magisterijem so ocenili s PV = 2,75 in SO = 1,19).

**Tabela 9: Stališče in seznanjenost anketiranih do specializacij v zdravstveni negi**

	N	PV	SO
Za zagotovitev specialistične, kompleksnejše in varnejše zdravstvene oskrbe pacienta. je potrebno nadgraditi znanja medicinske sestre/zdravstvenika.	357	3,96	0,96
Seznanjen/a sem, da je specializacija posebna oblika podiplomskega strokovnega izobraževanja in usposabljanja, ki je usmerjeno za dodatno in poglobljeno pridobivanje in nadgrajevanje znanja, spretnosti in veščin na enem od področij zdravstvene dejavnosti.	357	4,03	0,89
Seznanjen/a sem z definicijo ICN (International Council of Nurses) – Mednarodnega sveta medicinskih sester.	356	3,42	1,11
Seznanjen/a sem, da specializirana dejavnost vključuje sodobno zdravstveno nego in klinične veščine in s tem povezane naloge, svetovalne, raziskovalne, izobraževalne in vodstvene dejavnosti na področju specialnega področja.	352	3,72	0,98
Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z izvajanjem zahtevnejših kliničnih intervencij.	346	3,82	0,86
Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z izvajanjem kliničnih raziskav.	355	3,82	0,88
Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z nenehnim izobraževanjem.	355	3,94	0,86
Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z vodenjem.	354	3,71	0,91
Seznanjen/a sem s ključnimi stebri za oblikovanje nivoja znanja za zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi.	355	3,13	1,03
Seznanjen/a sem s stebrom management in vodenje, ki zajema prepoznavanje potreb za spreminjanje, vodenje inovacij in sprememb, razvoj stroke, razvijanje zaznavanja potreb za spremembe, razvoj veščin, mreženje, razvoj tima in timskega dela.	354	2,96	1,12
Seznanjen/a sem s stebrom izobraževanje, ki zajema poučevanje in učenje, podporo zaposlenim pri razvoju znanja in veščin, promociji učenja, izgradnji učečega okolja, razvoj kariere in dajanje povratne informacije, učenje, mentorstvo in vodenje.	354	3,06	1,09
Seznanjen/a sem s stebrom raziskovanje, ki zajema sposobnost pridobivanja raziskovanja, uporabo informacijske tehnologije, kritično ovrednotenje raziskovalnega dela, vključenost v raziskovanje, vključenost v nadzore kakovosti, sposobnost implementacije raziskovalnega dela v prakso, uporabo smernic, protokolov, predstavljanje rezultatov raziskovanja, publiciranje rezultatov raziskovanja.	355	2,98	1,07
Seznanjen/a sem s stebrom klinično delo, ki zajema odločanje, klinično presojanje, reševanje problemov, kritično razmišljanje, analitične veščine, kritično refleksijo, upravljanje kompleksnih pojavov, klinično vodenje, etično odločanje.	355	3,02	1,07
Seznanjen/a sem s stebrom klinično delo, ki zajema tudi ugotavljanje kliničnih problemov, oblikovanje diagnoz, odpuščanje, razvoj avtonomije pri delu, predpisovanje zdravil glede na zakonodajo, razvijanje zaupanja, razvoj terapevtskih intervencij, komunikacijske veščine, vključevanje javnosti, promocija, razvoj zahtevnejših psihomotornih veščin.	355	2,92	1,07

N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do5; 1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon

Tabela 9 prikazuje stališča in seznanjenost anketiranih do specializacij v zdravstveni negi. V tabeli je najvišja izraženo stališče z visoko povprečno vrednostjo (PV = 4,03; SO = 0,89), stališče do trditve o zagotovitvi specialistične, kompleksnejše in varnejše zdravstvene oskrbe pacienta. Da je potrebno nadgraditi znanje medicinske sestre/zdravstvenika so ocenili s PV = 4,03 in SO = 0,89. Stališče do zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z izvajanjem zahtevnejših kliničnih intervencij so ocenili s PV = 3,82; SO = 0,86. Stališče, da specializirana dejavnost vključuje sodobno zdravstveno nego in klinične veščine in s tem povezane naloge so anketiranci ocenili s PV = 3,72; SO = 0,98. Nižje izraženo stališče je bilo pri trditvah o poznavanju ključnih stebrov za oblikovanje nivoja znanja in zahtevnejših oblik dela je pri seznanjenosti s stebri Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN), stališče o seznanjenosti s stebrom klinično delo, so anketiranci ocenili s PV = 2,92 in SO = 1,07.

**Tabela 10: Stališče anketiranih do osebnega in kariernega razvoja**

	N	PV	SO
Vodja me spodbuja k podiplomskemu izobraževanju v zdravstveni negi.	353	2,66	1,19
Zanimajo me specializacije v zdravstveni negi.	354	3,74	1,08
Za razvoj osebne kariere bi se želel/a izobraževati na podiplomskem specialističnem študiju v zdravstveni negi.	354	3,57	1,13
Za razvoj osebne kariere bi se želel/a izobraževati na magistrskem študiju zdravstvene nege.	348	3,19	1,26
Za razvoj osebne kariere bi se želel/a izobraževati na doktorskem študiju zdravstvene nege.	353	2,80	1,24
Specializacije mi bodo omogočile več znanja, strokovnosti in veščin.	353	3,85	1,08
Specializacije mi bodo omogočile napredovanje ne delovnem mestu.	352	2,96	1,22

N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5; 1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon

Tabela 10 prikazuje stališče anketiranih do osebnega in kariernega razvoja. Anketiranci so izrazili najvišje izraženo stališče (PV = 3,85, SO = 1,08) pri trditvi, da bodo specializacije omogočile več znanja, strokovnosti in veščin, stališče s strani anketiranih do zanimanja do specializacij so anketiranci ocenili s PV = 3,85 in SO = 1,08 ter želje po izobraževanju za razvoj kariere so anketiranci ocenili s PV = 3,57 in SO = 1,13.

Stališče o izobraževanju za razvoj kariere na magistrskem študiju so ocenili s PV = 3,19 in SO = 1,26. Stališče, da bodo specializacije omogočile napredovanje na delovnem mestu so anketiranci izrazili s PV = 2,96 in SO = 1,22, stališče do izobraževanja na doktorskem študiju so izrazili v PV = 2,80 in SO = 1,24. Najmanj izraženo stališče (PV = 2,66; SO = 1,19) se kaže pri spodbujanju do izobraževanja s strani vodij.

**Tabela 11: Seznanjenost anketirancev o vrstah specializacij v zdravstveni negi**

	N	PV	SO
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije iz enterostomalne terapije.	356	2,69	1,29
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije iz medicine dela, prometa in športa.	356	2,46	1,17
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije za področje mentalnega zdravja.	356	2,53	1,19
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije iz anesteziologije in intenzivne terapije.	355	2,93	1,30
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju javnega zdravja in promociji zdravja.	356	2,65	1,26
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju paliativne zdravstvene nege.	356	2,82	1,29
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju zdravstvene nege otroka.	355	2,55	1,19
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju gerontologije.	356	2,84	1,26
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju perioperativne zdravstvene nege.	356	2,77	1,27
Seznanjen/a sem da se bodo izvajale specializacije na področju medicinske tehnologije s simulacijami v zdravstvu.	356	2,38	1,12
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju predpisovanja zdravil in pripomočkov.	356	2,27	1,06
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju obvladovanja bolnišničnih okužb.	356	2,79	1,29
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju onkološke zdravstvene nege.	356	2,64	1,23
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju patronažne zdravstvene nege.	356	2,84	1,28
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju psihiatrične zdravstvene nege.	356	2,65	1,24
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju antikoagulantnega zdravljenja.	354	2,46	1,18
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju internistične zdravstvene nege.	355	2,49	1,18
Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju kirurške zdravstvene nege.	355	2,56	1,22

N = število odgovorov, PV= povprečna vrednost (lestvica od 1 do5; 1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SO= standardni odklon



Tabela 11 prikazuje seznanjenost anketirancev o vrstah specializacij v zdravstveni negi. V tabeli je najvišje izraženo stališče (PV = 2,93; SO = 1,30) pri trditvi o seznanjenosti medicinskih sester o specializaciji iz anesteziologije in intenzivne terapije, najmanj pa (PV = 2,27; SO = 1,06) o seznanjenosti glede specializacij na področju predpisovanja zdravil in pripomočkov.

**Tabela 12: Opredelitev zahtevnejših oblik dela po definiciji Nursing and Midwifery Council**

	N	PV	SO
Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege pacientu vzame celotno anamnezo.	349	2,68	1,35
Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege izvede telesni pregled pacienta.	348	2,37	1,22
Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege uporablja klinično znanje in klinično presojo za ugotavljanje potencialnih pacientovih diagnoz.	345	2,39	1,24
Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege napoti pacienta na preiskave, ko je to potrebno.	351	2,08	1,07
Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege naredi zaključno diagnozo pacientovega stanja.	350	2,01	1,06
Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege odloča o zdravljenju, vključno s predpisovanjem zdravil ali napoti pacienta k specialistu.	342	1,99	1,11
Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege uporablja široke praktične izkušnje za planiranje in zagotavljanje visoko kompetentne obravnave z vključevanjem ostalih članov tima.	351	2,63	1,22
Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege zagotavlja, da izvajanje zdravstvene obravnave poteka kot kontinuiran proces in vključuje redne kontrolne preglede.	352	2,60	1,28
Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege ocenjuje in skupaj s pacientom vrednoti učinkovitost zdravljenja in zdravstvene obravnave in izvaja spremembe v obravnavi, ko je to potrebno.	352	2,56	1,23
Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege dela neodvisno, pogosto kot članica širšega zdravstvenega tima.	353	2,78	1,30
Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege zagotavlja vodenje zdravstvene obravnave.	350	2,63	1,22
Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege zagotavlja, da sta zdravljenje in zdravstvena obravnava vsakega pacienta osnovana na najboljših dokazih v dani situaciji izvedbe.	346	2,77	1,30

N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5; 1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon

Tabela 12 prikazuje opredelitev zahtevnejših oblik dela po definiciji Nursing and Midwifery Council. V tabeli je najvišje izraženo stališče (PV = 2,78; SO = 1,30) pri

trditvi, da medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege dela neodvisno, pogosto kot članica širšega zdravstvenega tima. Najmanj izraženo stališče (PV = 1,99; SO = 1,11) je pri trditvi, da bo medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege odločala o zdravljenju, vključno s predpisovanjem zdravil in napotitve pacienta k specialistu.

**Tabela 13: Faktorska analiza vprašanj, ki se nanašajo na željo po dodatnem izobraževanju**

TRDITEV	KOMPONENTA
	FAKTOR 1
Za razvoj osebne kariere bi se želel/a izobraževati na podiplomskem specialističnem študiju v zdravstveni negi.	<b>0,826</b>
Specializacije mi bodo omogočile več znanja, strokovnosti in veščin.	0,775
Zanimajo me specializacije v zdravstveni negi.	0,744
Za razvoj osebne kariere bi se želel/a izobraževati na magistrskem študiju zdravstvene nege.	0,742
Za razvoj osebne kariere bi se želel/a izobraževati na doktorskem študiju zdravstvene nege.	0,738
Specializacije mi bodo omogočile napredovanje ne delovnem mestu.	0,691
Vodja me spodbuja k podiplomskemu izobraževanju v zdravstveni negi.	0,517

Naredili smo faktorsko analizo vprašanj (tabela 13), ki se nanaša na željo po dodatnem izobraževanju in je izpostavila en sam faktor. S tem faktorjem pojasnimo 52,52 % celotne variance. V nadaljnjih analizah smo uporabili pridobljeni faktor ter ga poimenovali »Želja po dodatnem izobraževanju«.

**Tabela 14: Faktorska analiza vprašanj, ki se nanašajo na razumevanje kompetenc po modelu ICN**

TRDITEV	KOMPONENTE		
	FAKTOR 1	FAKTOR 2	FAKTOR 3
Seznanjen/a sem, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja tudi mednarodno združenje International Council of Nurse (ICN).	0,797		
Seznanjen/a sem, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja Svetovna zdravstvena organizacija za področje Evrope (WHO).	0,765		
Seznanjen/a sem, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja Evropean Federation of Nurses (EFN).	0,740		



TRDITEV	KOMPONENTE		
	FAKTOR 1	FAKTOR 2	FAKTOR 3
Seznanjen/a sem, da so področje izobraževanja v zdravstveni negi podprta z raziskovalnim in razvojnim delom.	0,738		
Seznanjen/a sem, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja Evropean federation of nurse educators (FINE).	0,679		
Seznanjen/a sem, da področje v zdravstveni negi na ravni Evropske unije ureja Direktiva Evropskega parlamenta in sveta.	0,589		
Sledim novostim v izobraževanju v zdravstveni negi.	0,559		
Seznanjen/a sem, da v 3. nivo spada diplomirana medicinska sestra (Registered/Licensed Nurse), samostojno delujoči profil, z avtonomijo dela, ima zaključen predpisan program izobraževanja, izpolnjuje pogoje za vpis v register izvajalcev, potrebna licenca za poklic.		0,892	
Seznanjen/a sem, da v 4. nivo spada Diplomirana (registrirana) medicinska sestra specialistka (Specialist Nurse), splošna znanja so nadgrajena s specialističnimi, kar omogoča strokovno delovanje, vključuje klinično delo, učenje, administriranje in svetovanje.		0,880	
Seznanjen/a sem, da v 5. nivo spada Diplomirana (registrirana) medicinska sestra na zahtevnejših delih in nalogah (Advanced Practice Nurse), pridobljena so ekspertna znanja, sposobnost kompleksnega odločanja, klinične kompetence za razširjeno delovanje v stroki - magisterij v zdravstveni negi.		0,851	
Seznanjen/a sem, da v 2. nivo spada registrirano podporno osebje (Enrolled Nurse/Registered Nurse Assistant/ Licensed Practical Nurse): izobraževanja niso poenotena, so pa obvezna, predvidene so omejitve v kliničnem delu, delajo pod direktnim in indirektnim nadzorom nivoja 3 (dipl. m. s.).		0,725	
Seznanjen/a sem, da v 1. nivo spada podporno/ pomožno osebje (Support or assistive worker), kjer niso predpisana izobraževanja, niso registrirani in delajo pod nadzorom.		0,659	
Seznanjen/a sem s smernicami na področju kompetenc v zdravstveni negi v dokumentu "Nurses Care Continuum Framework and Competencies".			0,829
Seznanjen/a sem z dokumentom "Nurses Care Continuum Framework and Competencies".			0,799
Seznanjen/a sem s smernicami na področju kompetenc v zdravstveni negi, ki opredeljujejo kategorije izvajalcev zdravstvene nege v 5. nivojih.			0,621

Naredili smo faktorsko analizo in z metodo glavnih komponent in dobili tri komponente, s katerimi skupaj pojasnimo 70,62 % variance. V prvi faktor smo uvrstili sedem trditev, poimenovali smo ga »Razumevanje urejanja področja zdravstvene nege«. V drugi faktor smo uvrstili pet trditev in ga poimenovali »Razumevanje 5 nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi«. V tretji faktor smo uvrstili tri trditve in ga poimenovali »Razumevanje izobraževanja v zdravstveni negi«. V nadaljnjih analizah smo upoštevali vse faktorje.

**Tabela 15: Faktorska analiza vprašanj, ki pojasnjujejo razumevanje zahtevnejših oblik dela**

TRDITEV	KOMPONENTI	
	FAKTOR 1	FAKTOR 2
Seznanjen/a sem s stebrom raziskovanje, ki zajema sposobnost prodobivanja raziskovanja, uporabo informacijske tehnologije, kritično ovrednotenje raziskovalnega dela, vključenost v raziskovanje, vključenost v nadzore kakovosti, sposobnost implementacije raziskovalnega dela v prakso, uporabo smernic, protokolov, predstavljanje rezultatov raziskovanja, publiciranje rezultatov raziskovanja.	0,903	
Seznanjen/a sem s stebrom izobraževanje, ki zajema poučevanje in učenje, podporo zaposlenim pri razvoju znanja in veščin, promociji učenja, izgradnji učečega okolja, razvoj kariere in dajanje povratne informacije, učenje, mentorstvo in vodenje kariere.	0,893	
Seznanjen/a sem s stebrom management in vodenje, ki zajema prepoznavanje potreb za spreminjanje, vodenje inovacij in sprememb, razvoj stroke, razvijanje zaznavanja potreb za spremembe, razvoj veščin, mreženje, razvoj tima in timskega dela.	0,877	
Seznanjen/a sem s stebrom klinično delo, ki zajema odločanje, klinično presojanje, reševanje problemov, kritično razmišljanje, analitične veščine, kritično refleksijo, upravljanje kompleksnih pojavov, klinično vodenje, etično odločanje.	0,874	
Seznanjen/a sem s stebrom klinično delo, ki zajema tudi ugotavljanje kliničnih problemov, oblikovanje diagnoz, odpušcanje, razvoj avtonomije pri delu, predpisovanje zdravil glede na zakonodajo, razvijanje zaupanja, razvoj terapevtskih intervencij, komunikacijske veščine, vključevanje javnosti, promocija, razvoj zahtevnejših psihomotornih veščin.	0,864	
Seznanjen/a sem s ključnimi stebri za oblikovanje nivoja znanja za zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi.	0,725	
Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z izvajanjem kliničnih raziskav.		0,854
Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z nenehnim izobraževanjem.		0,847
Seznanjen/a sem, da je specializacija posebna oblika podiplomskega strokovnega izobraževanja in usposabljanja, ki je usmerjeno za dodatno in poglobljeno pridobivanje in nadgrajevanje znanja, spretnosti in veščin na enem od področij zdravstvene dejavnosti.		0,805
Za zagotovitev specialistične, kompleksnejše in varnejše zdravstvene oskrbe pacienta je potrebno nadgraditi znanja medicinske sestre/zdravstvenika.		0,778
Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z vodenjem.		0,736
Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z izvajanjem zahtevnejših kliničnih intervencij.		0,728
Seznanjen/a sem, da specializirana dejavnost vključuje sodobno zdravstveno nego in klinične veščine in s tem povezane naloge, svetovalne, raziskovalne, izobraževalne in vodstvene dejavnosti na področju specialnega področja.		0,717
Seznanjen/a sem z definicijo ICN.		0,508

Naredili smo faktorsko analizo in z metodo glavnih komponent dobili dve komponenti, s katerima skupaj pojasnimo 72,33 % variance. V prvi faktor smo uvrstili šest trditev in

ga poimenovali »Razumevanje ključnih stebrov za oblikovanje nivoja znanja za zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi«. V drugi faktor smo uvrstili osem trditev in ga poimenovali »Razumevanje zahtevnejših oblik dela«. V nadaljnjih analizah smo upoštevali oba faktorja.

**Tabela 16: Faktorska analiza vprašanj, ki se nanašajo na željo po podiplomskem izobraževanju**

TRDITEV	KOMPONENTE				
	FAKTOR 1	FAKTOR 2	FAKTOR 3	FAKTOR 4	FAKTOR 5
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri predpisovanju temeljnih diagnostičnih postopkov.	0,844				
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika.	0,833				
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri predpisovanju zdravil.	0,821				
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri laboratorijskih preiskavah.	0,808				
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika, case management z avtorizacijo napotitev.	0,758				
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri odločanju o diagnostičnih postopkih.	0,730				
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika v zahtevnejših ocenjevanjih zdravstvenega stanja.	0,650				
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika, kot je sprejem v negovalno bolnišnico.	0,650				
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri obravnavi in vodenju kroničnih pacientov.	0,481				
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja na področju tehnološko zahtevnejših intervencij.		0,854			
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja na področju		0,817			

TRDITEV	KOMPONENTE				
	FAKTOR 1	FAKTOR 2	FAKTOR 3	FAKTOR 4	FAKTOR 5
referenčnih ambulant-možnost napotitve k drugemu specialist ali izvajalcu.					
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja na področju patronažne dejavnosti.		0,798			
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja pri postopkih z velikimi obremenitvami, kot je urgenca.		0,752			
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja pri interventnih posegih z več tveganja.		0,679			
Zdravstvena nega je zavezana, da zavzame aktivno vlogo v razvoju zdravstvenih politik in nanjo vezane odločitve na vseh nivojih v zdravstveni negi.		0,642			
Zdravstvena nega je zavezana, da zavzame aktivno vlogo v razvoju strategij na področju zdravstvene nege.		0,612			
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge pri določanju in zagotavljanju sprejemljivih standardov klinične zdravstvene nege.			0,784		
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v raziskovanju in izobraževanju na podlagi neposrednega vključevanja v proces zdravstvene nege in oskrbe.			0,784		
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v socialno-varstvenih ustanovah.			0,764		
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge pri koordinaciji v operacijskih dvoranah.			0,673		
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v koordinaciji delovnih procesov, kot so sprejemi in odpusti pacientov iz bolnišnic.			0,594		
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v endoskopskih in drugih diagnostičnih enotah.			0,557		
Medicinska sestra bo s podiplomskim			0,487		

TRDITEV	KOMPONENTE				
	FAKTOR 1	FAKTOR 2	FAKTOR 3	FAKTOR 4	FAKTOR 5
izobraževanjem prevzela dela in naloge v neposrednem sodelovanju z družinskimi zdravnikom na terenu.					
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge pri izvajanju diagnostično terapevtskih posegov – preventivnih endoskopskih preiskav, UZ preiskav.				0,739	
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v specialističnih ambulantah – izvajanje storitev male travme, oskrba enostavnih poškodb, izvajanje manjših kirurških posegov.				0,692	
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju programov, prva kontaktna točka za stranke.					0,643
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri predpisovanju ortopedskih pripomočkov.					0,628
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri zagotavljanju storitev svetovanja zdravstvenim izvajalcem.					0,627
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri predpisovanju nekaterih zdravil pri kroničnih obolenjih.					0,559
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri osveščanju prebivalstva o zdravem načinu življenja.					0,540

Naredili smo faktorsko analizo in z metodo glavnih komponent dobili pet komponent, s katerimi skupaj pojasnimo 69,58 % variance. Prvi in peti faktor smo z metodo tehtanega povprečja združili in ga poimenovali »Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika« (uvrščenih 14 trditev). V drugi faktor smo uvrstili sedem trditev in ga poimenovali »Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost«. Tretji in četrti faktor smo z metodo tehtanega povprečja združili in ga poimenovali »Medicinska sestra bo s

podiplomskim izobraževanjem prevzela različna dela in naloge v različnih ustanovah in enotah« (uvrščenih 9 trditev).

**Tabela 17: Faktorska analiza vprašanj, ki se nanašajo na izvajanje zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi**

TRDITEV	KOMPONENTE		
	FAKTOR 1	FAKTOR 2	FAKTOR 3
Razumem, kaj pomenijo kompetence v zdravstveni negi.	0,788		
Pri svojem delu upoštevam kompetence, ki so v moji pristojnosti.	0,761		
V naši bolnišnici smo zaposleni seznanjeni s kompetencami.	0,746		
Kompetence pridobim na podlagi izobraževanja.	0,617		
Seznanjen/a sem s publikacijo Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi.	0,549		
Besedo kompetenca, bi zamenjal/z besedo pristojnost.	0,371		
Imam veliko praktičnega znanja, vendar so določeni postopki, ki jih izvajam in niso v moji kompetenci.		0,804	
V naši bolnišnici vsak dan presegam kompetence.		0,791	
Vedno opravi vse dela in naloge, tudi če niso moja kompetenca.		0,758	
Kompetence so prenosljive, zato ni potrebno izobraževanje.*			0,880
Vedno izvedem samo tista dela in naloge, ki so moja kompetenca.			0,506

Legenda: \* obrnjene vrednosti zaradi zanikanega vprašanja

Naredili smo faktorsko analizo in z metodo glavnih komponent dobili tri komponente, s katerimi skupaj pojasnimo 56,72 % variance. V prvi faktor smo uvrstili šest trditev in ga poimenovali »Seznanjenost s kompetencami«. V drugi faktor smo uvrstili tri trditve in ga poimenovali »Preseganje kompetenc«. Tretjega faktorja, ki vsebuje dve trditvi v nadaljnji analizi ne bomo uporabili, saj ni neposredno povezano z izvajanjem zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi.

### 3.4.1 Preverjanje hipotez

H 1: Obstaja statistično pomembna povezava med željo po podiplomskim izobraževanjem in izvajanjem zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi.

Za preverjanje hipoteze smo uporabili Pearsonov koeficient korelacije.

Željo po podiplomskem izobraževanju predstavljajo s faktorško analizo pridobljen faktor. Izvajanje zahtevnejših oblik dela predstavljajo faktorji: »Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost«, »Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika«, »Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela različna dela in naloge v različnih ustanovah in enotah«.

**Tabela 18: Povezava med željo po podiplomskim izobraževanjem in izvajanjem zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi**

		<b>Želja po dodatnem podiplomskem izobraževanju</b>
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost.	Pearsonova korelacija	0,377**
	P - vrednost	0,000
	n	364
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika.	Pearsonova korelacija	0,207**
	P - vrednost	0,000
	n	364
Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela različna dela in naloge v različnih ustanovah in enotah.	Pearsonova korelacija	0,352**
	P - vrednost	0,000
	n	364

Legenda: \*\*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; \* korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05.

V tabeli 18 je prikazana povezava med spremenljivkami. Do statistično pomembnih povezav ( $p < 0,05$ ) prihaja med vsemi novimi spremenljivkami/faktorji. Ugotavljamo, da bi anketiranci z višjo željo po podiplomskem izobraževanju želeli izvajati zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi, saj bi prevzeli večjo odgovornost, prevzeli del dela in nalog zdravnika in/ali prevzeli različna dela in naloge v različnih ustanovah in enotah. Hipotezo H1 potrdimo.

H2: Obstaja statistično pomembna razlika med željo po podiplomskem izobraževanju in stopnjo izobrazbe.

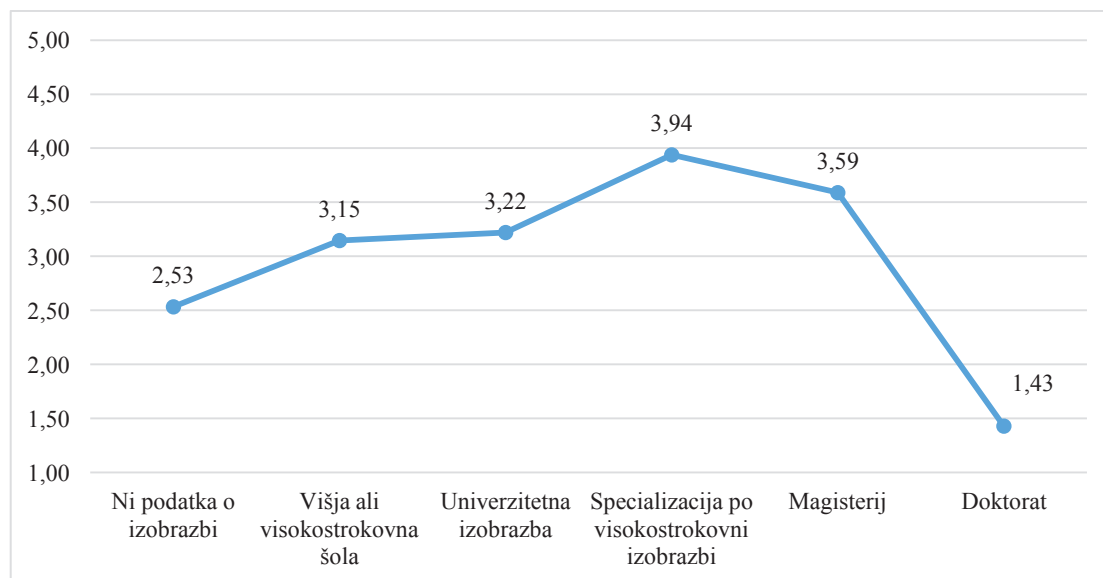
Za preverjanje hipoteze smo uporabili enosmerno analizo variance – ANOVO.

**Tabela 19: Vpliv izobrazbe na željo po dodatnem podiplomskem izobraževanju**

	n	PV	SO	ANOVA p
Ni podatka o izobrazbi	11	2,53	1,17	0,009
Višja ali visokostrokovna šola	313	3,15	0,92	
Univerzitetna izobrazba	24	3,22	0,94	
Specializacija po visokostrokovni izobrazbi	7	3,94	0,54	
Magisterij	8	3,59	0,41	
Doktorat	1	1,43	0,00	

Legenda: n = število anketiranih; PV = povprečna vrednost; SO = standardi odklon; p=mejno statistična pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Tabela 19 prikazuje vpliv izobrazbe na željo po dodatnem izobraževanju. Razvidno je, da prihaja do statistično pomembnih razlik med željo po podiplomskem izobraževanju in stopnjo izobrazbe ( $F = 3,124$ ,  $p = 0,009$ ). Iz Tabele 19 in slike 1 je razvidno, da imajo anketiranci s končano specializacijo po visokostrokovni izobrazbi v povprečju največjo željo po dodatnem podiplomskem izobraževanju (PV = 3,94), sledijo anketiranci s končanim magisterijem (PV = 3,59) in anketiranci s končano univerzitetno izobrazbo (PV = 3,22). Hipotezo H2 sprejmemo.



**Slika 1: Želja po dodatnem podiplomskem izobraževanju glede na izobrazbo**



H3: Razumevanje kompetenc po modelu ICN se statistično značilno razlikuje glede na demografske podatke (spol, starost, delovno mesto) in je statistično značilno povezano s stopnjo izobrazbe.

Za preverjanje hipoteze smo uporabili t-test (spol), enosmerno analizo variance – ANOVO (starost, delovno mesto), Pearsonov koeficient korelacije in regresijsko analizo. Razumevanje kompetenc po modelu ICN predstavljajo s faktorsko analizo pridobljeni trije faktorji, in sicer: »Razumevanje urejanja področja zdravstvene nege«, »Razumevanje nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi«, »Razumevanje izobraževanja v zdravstveni negi«.

**Tabela 20: Razumevanje kompetenc po modelu ICN glede na spol**

		n	PV	SO	p
Razumevanje urejanja področja zdravstvene nege	Moški	26	2,90	1,03	0,251
	Ženska	335	3,14	0,92	
Razumevanje nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi	Moški	26	2,68	0,98	0,812
	Ženska	335	2,63	1,12	
Razumevanje izobraževanja v zdravstveni negi	Moški	26	2,24	0,93	0,315
	Ženska	335	2,44	1,01	

n = število anketiranih; PV = povprečna vrednost; SO = standardi odklon; p = mejno statistična pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Iz tabele 20 je razvidno, da se razumevanje kompetenc po modelu ICN statistično značilno ne razlikuje glede na spol ( $p > 0,05$ ), anketirani ne glede na spol statistično značilno enako ocenjujejo posamezne kompetence po modelu ICN.

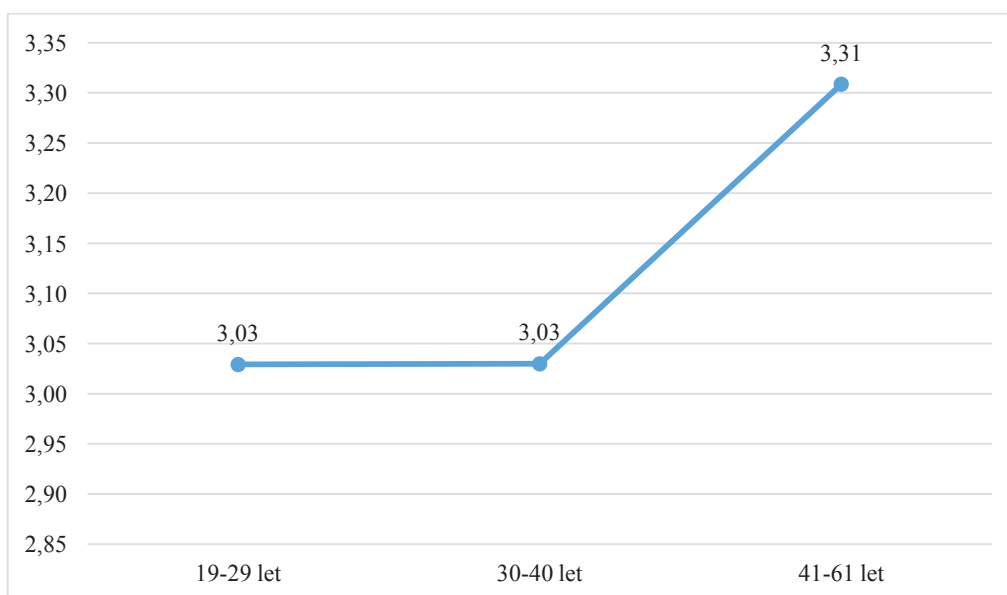
**Tabela 21: Razumevanje kompetenc po modelu ICN glede na starost**

		n	PV	SO	p
Razumevanje urejanja področja zdravstvene nege	19 - 29 let	49	3,03	0,78	0,027
	30 - 40 let	177	3,03	0,91	
	41 - 61 let	124	3,31	1,00	

		n	PV	SO	p
Razumevanje nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi	19 - 29 let	49	2,60	1,13	0,150
	30 - 40 let	177	2,54	1,02	
	41 - 61 let	124	2,80	1,24	
Razumevanje izobraževanja v zdravstveni negi	19 - 29 let	49	2,37	0,99	0,261
	30 - 40 let	177	2,36	0,93	
	41 - 61 let	124	2,55	1,11	

Legenda: n = število anketiranih; PV = povprečna vrednost; SO = standardi odklon; p = mejno statistična pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Iz tabele 21 je razvidno, da se razumevanje kompetenc po modelu ICN statistično značilno ne razlikuje glede na starost ( $p > 0,05$ ) pri razumevanju nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi ( $p = 0,159$ ) in razumevanju izobraževanja v zdravstveni negi ( $p = 0,261$ ). Anketirani ne glede na starost ti dve kompetenci statistično značilno enako ocenjujejo. Iz tabele 21 je prav tako razvidno, da se razumevanje kompetenc po modelu ICN glede na starost statistično značilno razlikuje ( $p < 0,05$ ) pri razumevanju urejanja področja zdravstvene nege ( $p = 0,027$ ).



**Slika 2: Razumevanje urejanja področja zdravstvene nege glede na starost**

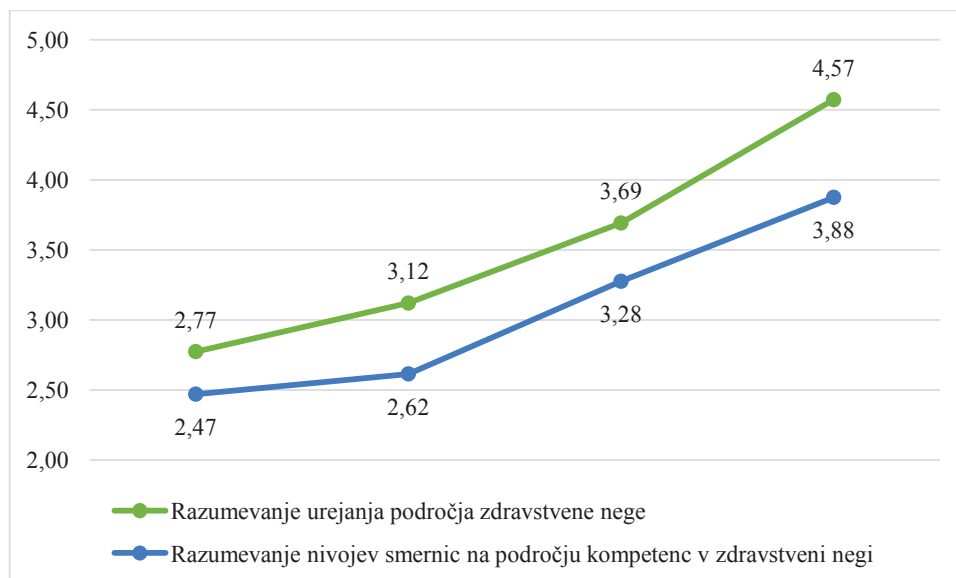
Iz slike 2 je razvidno, da anketiranci v starostni skupini 41 - 61 let v povprečju bolje razumejo urejanje področja zdravstvene nege, kot anketiranci v starostni skupini od 19 - 29 let in 30 - 40 let

**Tabela 22: Razumevanje kompetenc po modelu ICN glede na delovno mesto**

		n	PV	SO	p
Razumevanje urejanja področja zdravstvene nege	Ni podatka	12	2,77	1,17	0,001
	Višja medicinska sestra/višji zdravstvenik	26	2,77	1,08	
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	305	3,12	0,87	
	Glavna medicinska sestra/zdravstvenik, vodja zdravstvene nege	19	3,69	1,08	
	Magister/magistrice zdravstvene nege	2	4,57	0,00	
Razumevanje nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi	Ni podatka	12	2,40	1,42	0,041
	Višja medicinska sestra/višji zdravstvenik	26	2,47	1,06	
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	305	2,62	1,09	
	Glavna medicinska sestra/zdravstvenik, vodja zdravstvene nege	19	3,28	1,20	
	Magister/magistrice zdravstvene nege	2	3,88	0,18	
Razumevanje izobraževanja v zdravstveni negi	Ni podatka	12	1,79	1,16	0,067
	Višja medicinska sestra/višji zdravstvenik	26	2,33	1,36	
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	305	2,43	0,94	
	Glavna medicinska sestra/zdravstvenik, vodja zdravstvene nege	19	2,83	1,15	
	Magister/magistrice zdravstvene nege	2	3,00	1,77	

n =tevilo anketiranih; PV = povprečna vrednost; SO = standardi odklon; p = mejno statistična pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Iz tabele 22 je razvidno, da se razumevanje kompetenc po modelu ICN statistično značilno ne razlikuje glede na delovno mesto ( $p > 0,05$ ) in pri razumevanju izobraževanja v zdravstveni negi ( $p = 0,067$ ). Iz tabele 22 je prav tako razvidno, da se razumevanje kompetenc po modelu ICN glede na delovno mesto statistično značilno razlikuje ( $p < 0,05$ ) pri razumevanju urejanja področja zdravstvene nege ( $p = 0,001$ ) in razumevanju nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi.



**Slika 3: Razumevanje urejanja področja zdravstvene nege in razumevanje nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi glede na delovno mesto**

Iz slike 3 je razvidno, da anketiranci na delovnem mestu magister/magistrica zdravstvene nege v povprečju bolje razumejo urejanje področja zdravstvene nege in posamezne nivoje smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi kot ostali anketiranci.

V nadaljevanju smo s korelacijsko analizo ugotavljali povezanost med razumevanjem kompetenc po modelu ICN in demografskimi podatki anketiranih (spol, starost, delovno mesto, stopnjo izobrazbe) - Pearsonov koeficient korelacije.

**Tabela 23: Povezava med razumevanjem kompetenc po modelu ICN in demografskimi podatki (spol, starost, delovno mesto, stopnja izobrazbe)**

		Spol	Izobrazba	Starost	Delovno mesto
Razumevanje urejanja področja zdravstvene nege	Pearsonova korelacija	0,058	0,111*	0,125*	0,201**
	p - vrednost	0,269	0,035	0,019	0,000
	n	364	364	350	364
Razumevanje nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi	Pearsonova korelacija	- 0,018	0,168**	0,081	0,134*
	P - vrednost	0,7	0,001	0,132	0,011
	n	364	364	350	364

		Spol	Izobrazba	Starost	Delovno mesto
Razumevanje izobraževanja v zdravstveni negi	Pearsonova korelacija	0,029	0,120*	0,075	0,144**
	P - vrednost	0,582	0,022	0,164	0,006
	n	364	364	350	364

Legenda: \*\*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; \* korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05.

V tabeli 23 je prikazana povezava med posameznim razumevanjem kompetenc po modelu ICN in demografskimi podatki anketiranih (spol, starost, delovno mesto, stopnja izobrazbe). Do statistično pomembnih povezav ( $p < 0,05$ ) prihaja med naslednjimi kompetencami po modelu ICN:

- Med razumevanjem urejanja področja zdravstvene nege obstaja statistično pomembna povezava glede na izobrazbo, starost in delovno mesto anketirancev;
- Med razumevanjem posameznih nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi obstaja statistično pomembna povezava glede na izobrazbo in delovnim mestom anketirancev;
- Med razumevanjem izobraževanja v zdravstveni negi obstaja statistično pomembna povezava glede na izobrazbo in delovno mesto anketirancev;

Te spremenljivke bomo tudi vključili v posamezni regresijski model.

**Tabela 24: Rezultati regresijske analize razumevanja urejanja področja zdravstvene nege glede na izobrazbo, starost in delovno mesto anketiranih**

Model		B	Standardna napaka	Beta	t	Sig.
R = 0,265	Konstanta	1,951	0,231		8,427	0,000
	Izobrazba	0,088	0,063	0,072	1,391	0,165
R <sup>2</sup> = 0,070	Starost	0,112	0,004	0,154	3,016	0,003
	Delovno_mesto	0,314	0,087	0,187	3,623	0,000

Odvisna spremenljivka: Razumevanje urejanja področja zdravstvene nege, R = regresijski koeficient, R<sup>2</sup> = povprečje vseh skupnih dosežkov, Sig. = mejna statistično značilna vrednost pri 0,05 in manj

Od preučevanih dejavnikov ima statistično značilen vpliv na razumevanje urejanja področja zdravstvene nege starost ( $\beta = 0,112$ ,  $p = 0,003$ ) in delovno mesto anketiranih ( $\beta = 0,314$ ,  $p = 0,000$ ), vplivi so pozitivni (tabela 24).

**Tabela 25: Rezultati regresijske analize razumevanja posameznih nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi glede na izobrazbo in delovno mesto anketiranih**

	Model	B	Standardna napaka	Beta	t	Sig.
R = 0,199	Konstanta	1,948	0,218		8,917	0,000
	Izobrazba	0,223	0,078	0,150	2,870	0,004
R <sup>2</sup> = 0,040	Delovno_mesto	0,222	0,106	0,109	2,090	0,037

Legenda: Odvisna spremenljivka: Razumevanje posameznih nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi, R = regresijski koeficient, R<sup>2</sup> = povprečje vseh skupnih dosežkov, Sig. = mejna statistično značilna vrednost pri 0,05 in manj

Od preučevanih dejavnikov ima statistično značilen vpliv na razumevanje posameznih nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi izobrazba ( $\beta = 0,223$ ,  $p = 0,004$ ) in delovno mesto anketiranih ( $\beta = 0,222$ ,  $p = 0,037$ ), vplivi so pozitivni (tabela 25).

**Tabela 26: Rezultati regresijske analize razumevanja izobraževanja v zdravstveni negi glede na izobrazbo in delovno mesto anketiranih**

	Model	B	Standardna napaka	Beta	t	Sig.
R = 0,174	Konstanta	1,815	0,198		9,178	0,000
	Izobrazba	0,133	0,070	0,099	1,890	0,060
R <sup>2</sup> = 0,030	Delovno mesto	0,234	0,096	0,128	2,432	0,015

Odvisna spremenljivka: Razumevanje izobraževanja v zdravstveni negi, R = regresijski koeficient, R<sup>2</sup> = povprečje vseh skupnih dosežkov, Sig. = mejna statistično značilna vrednost pri 0,05 in manj

Od preučevanih dejavnikov ima statistično značilen vpliv na razumevanje izobraževanja v zdravstveni negi delovno mesto anketiranih ( $\beta = 0,223$ ,  $p = 0,015$ ), vpliv je pozitiven (tabela 26).

Hipotezo H3 ne moremo v celoti potrditi – potrdimo jo delno.

H4: Pripravljenost medicinskih sester za razvoj kariere je na zahtevnejših oblikah dela mogoče pojasniti s starostjo, delovno dobo in potrebo po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji.

Za preverjanje hipoteze smo uporabili regresijsko analizo. Kot pripravljenost medicinskih sester za dodatno izobraževanje smo šteli s faktorsko analizo pridobljen faktor »Želja po dodatnem podiplomskem izobraževanjem«.

Pred izvedbo regresijske analize smo izvedli faktorsko analizo sklopa trditev, ki se nanaša na potrebo po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji in korelacijsko analizo, da smo ugotovili ali med posameznimi spremenljivkami obstaja povezanost.

**Tabela 27: Faktorska analiza vprašanj, ki pojasnjujejo potrebo po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji**

TRDITEV	KOMPONENTI	
	FAKTOR 1	FAKTOR 2
V delovni organizaciji, kjer sem zaposlen/a, so izpostavili potrebo po podiplomskem izobraževanju.	0,837	
V delovni organizaciji, kjer sem zaposlen/a, me spodbujajo k podiplomskemu izobraževanju.	0,824	
V delovni organizaciji, kjer sem zaposlen/a, bi potreboval/a specializacijo za izvajanje aktivnosti zdravstvene nege.	0,634	
Seznanjen/a sem z možnostjo specializacije na področju zdravstvene nege.	0,578	
Moja stopnja izobrazbe mi zadostuje za delo, ki ga opravljam na delovnem mestu.		0,860
Kot diplomirana medicinska sestra že prevzemam dela in naloge, ki so pristojnost zdravnika, zato ne potrebujem nadaljnega izobraževanja.		0,530

Naredili smo faktorsko analizo in z metodo glavnih komponent dobili dve komponenti, s katerima skupaj pojasnimo 53,93 % variance. V prvi faktor smo uvrstili štiri trditve in ga poimenovali »Potreba po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji«. V drugi faktor smo uvrstili dve trditvi in ga poimenovali »Stopnja dosedanje izobrazbe je zadostna delovnemu mestu in prevzemanju nalog, ki so pristojnost zdravnika«. V regresijski model bomo vključili samo prvi faktor.

**Tabela 28: Povezava med pripravljenostjo medicinskih sester za dodatno izobraževanje, njihovo starostjo, delovno dobo in potreba po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji**

		<b>Želja po dodatnem podiplomskem izobraževanju</b>
Potreba po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji	Pearsonova korelacija	0,289**
	p - vrednost	0,000
	n	364
Starost	Pearsonova korelacija	- 0,066
	p - vrednost	0,208
	n	364
Delovna doba	Pearsonova korelacija	- 0,134*
	p - vrednost	0,010
	n	364

Legenda: \*\*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; \* korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05.

V tabeli 28 je prikazana povezava med spremenljivkami. Do statistično pomembnih povezav ( $p < 0,05$ ) prihaja med pripravljenostjo medicinskih sester za dodatno izobraževanje, njihovo delovno dobo in potrebo po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji.

V regresijsko analizo smo tako vključili željo po dodatnem podiplomskem izobraževanju (odvisna spremenljivka), potrebo po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji (neodvisna spremenljivka) in delovno dobo anketiranih (neodvisna spremenljivka).

**Tabela 29: Rezultati regresijske analize pripravljenosti medicinskih sester za dodatno izobraževanje glede na njihovo delovno dobo in potrebo po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji**

	Model	B	Standardna napaka	Beta	t	Sig.
R = 0,335	Konstanta	2,544	0,157		16,238	0,000
	Delovna doba	-0,116	0,005	-0,172	-3,438	0,001
R <sup>2</sup> = 0,112	Potreba po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji	0,326	0,053	0,309	6,192	0,000

Legenda: Odvisna spremenljivka: Želja po dodatnem podiplomskem izobraževanju, R = regresijski koeficient, R<sup>2</sup> = povprečje vseh skupnih dosežkov, Sig. = mejna statistično značilna vrednost pri 0,05 in manj

Od preučevanih dejavnikov ima statistično značilen pozitiven vpliv na pripravljenost medicinskih sester za dodatno izobraževanje potreba po podiplomskem izobraževanju v



delovni organizaciji ( $\beta = 0,326$ ,  $p = 0,000$ ), delovna doba anketirancev pa ima na pripravljenost medicinskih sester za dodatno izobraževanje statistično značilen negativen vpliv ( $\beta = 0,116$ ,  $p = 0,001$ ), (tabela 25).

Hipotezo H4 ne moremo v celoti potrditi – potrdimo jo delno.

## 4 RAZPRAVA

Razvoj zdravstvene nege se v današnjem času nenehno spreminja in prihaja do izražanja vse večjih potreb po specializirani zdravstveni negi. V naši raziskavi smo ugotovili, da s strani delovnih organizacij, kjer so anketiranci zaposleni (tabela 9), ne prihaja do spodbujanja k podiplomskemu izobraževanju, in da ustanove ne nakazujejo potreb po izobraženem kadru. Vendar pa anketiranci potrebo do izobraževanja, kot je specializacija izražajo sami, saj želijo s tem zagotoviti kakovostnejšo zdravstveno nego na delovnem mestu, kjer so zaposleni/e. WHO (2009) navaja, da je znanje in usposabljanje kadrov v zdravstveni negi osnova za delovanje zdravstvene nege, da bo lahko sledila potrebam družbe. Tudi v Sloveniji so se pokazale potrebe o prenosu kompetenc z zdravnika na diplomirano medicinsko sestro, kot to poznajo že nekatere tuje države. V Sloveniji se začetki sprememb v obravnavi pacienta in prevzemanju večjih odgovornosti medicinske sestre, kažejo v vzpostavitvi referenčnih ambulant, ki bodo zagotavljale kvalitetnejšo zdravstveno oskrbo (Požun & Skela Savič, 2011). Barton in Mashlan, (2011) navajata, da prihaja do izrazitejšega razvoja zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi, ki je posledica finančne krize in manjših razpoložljivih sredstev za zdravstvo, za dostopnejše zagotavljanje storitev iz zdravstva. Po navedbi Delamaire in Lafortune, (2010), so evalvacije pokazale, da so medicinske sestre s specialnimi znanji pripomogle h krajšemu dostopu do zdravstvenih storitev in krajšim čakalnimi dobami. S tem se je povečalo tudi zadovoljstvo pacientov. Pri zdravstveni obravnavi so bili deležni svetovanj in posredovanja informacij o bolezni. S takim načinom dela so se posledično ob prenosu kompetenc iz zdravnika na medicinsko sestro znižali stroški obravnave.

Anketiranci v naši raziskavi izražajo precejšnje strinjanje, da imajo dovolj znanja za delo, ki ga sedaj opravljajo, vendar pa se ne strinjajo, da ne potrebujejo nadaljnega izobraževanja, ko bodo prevzemali/e določena dela in naloge zdravnika. V anketiranju so raziskovalni vzorec v glavnem sestavljale ženske. Največ anketiranih oseb je bilo v starosti od 30 do 40 let, najmanj od 19 do 29 let (tabela 1). Največ anketiranih je bilo zaposlenih na oddelku kot izvajalke zdravstvene nege. Izobrazba največjega deleža anketiranih je bila višja ali visokostrokovna šola.

V naši raziskavi je bilo največ medicinskih sester/zdravstvenikov prepričanih, da je zdravstvena nega zavezana, da zavzame aktivno vlogo v razvoju strategij na področju zdravstvene nege ter oblikovanja politik in nanjo vezanih odločitev na vseh nivojih v zdravstveni negi (tabela 5). Aktivna vloga v razvoju strategij in v politiki je zaveza zdravstvene nege, ki mora vključiti vse nivoje v sistem zdravstvenega varstva in predstavlja potrebo po obravnavi določenih skupin, ki jih s pomočjo raziskav neposredno opredelijo (Požun, 2013). Po navedbi svetovne banke (World Bank, 2009), so medicinske sestre in babice, najbolj stroškovno učinkovit vir, ki zagotavlja visoko kakovostno zdravstveno varstvo, večjo dostopnost ter rešitev kompleksih sistemskih težav, vendar so premalo izkoriščen vir v zdravstvu (Požun, 2013). V naši raziskavi se anketiranci zavedajo, da bodo s podiplomskim izobraževanjem prevzeli več odgovornosti odločanja v patronažni zdravstveni negi, na področju referenčnih ambulant, pri odločanju na področju tehnološko zahtevnejših intervencij, v urgenci ter pri prevzemu del in nalog zdravnika pri osveščanju prebivalstva o zdravem načinu življenja, pri odločanju in zagotavljanju sprejemljivih standardov klinične zdravstvene nege, delo v socialno varstvenih zavodih in v raziskovanju, glede odgovornosti odločanja o interventnih posegih z več tveganja. Manjše strinjanje je bilo glede obravnave in vodenja kroničnih pacientov. Nestrinjanje je bilo izraženo o prevzemu del in nalog zdravnika pri predpisovanju zdravil, pri predpisovanju temeljnih diagnostičnih postopkov, pri laboratorijskih preiskavah, Case management z avtorizacijo napotitev in izvajanjem manjših kirurških posegov, čeprav literatura navaja da, pridobljena specialna znanja in specialne veščine lahko medicinske sestre/zdravstveniki izvajajo v določenem obsegu in v sodelovanju z zdravnikom (Delamaire & Lafortune, 2010). Skela Savič (2013) navaja, da se moramo v Sloveniji zavedati, da se je nujno potrebno primerjati in zgledovati po znanju, izkušnjah in priporočilih mednarodnih združenj ter priporočilih in stališčih tistih držav, kjer je zdravstvena nega prepoznavna znanstvena disciplina. Skela Savič (2013) tudi navaja, da bomo s specializacijami dobili dobre klinične strokovnjake v Slovenskem prostoru.

V Sloveniji bodo za določene odgovornosti izobražene medicinske sestre, zaradi pomanjkanja zdravnikov, prevzele določene skupine kroničnih pacientov (Požun & Skela Savič, 2011). V stališčih do specializacije (tabela 6) je naša raziskava pokazala,

da se medicinske sestre močno strinjajo s trditvijo, da je specializacija usmerjena na dodatno poglobljeno pridobivanje in nadgrajevanje znanja, spretnosti in veščin na enem področju zdravstvene nege in da izobraževanje omogoča kakovostno zdravstveno nego. V raziskavi smo tudi ugotovili, da se anketiranci strinjajo s trditvijo, da bo obravnava na domu pogostejša zaradi skrajševanja hospitalne obravnave, kar izraža potrebo po bolj izobraženih medicinskih sestrah. V trditvi, da so specializacije potrebne zaradi naraščanja števila starejši oseb in posledičnega pojava večjega števila kroničnih bolezni, se kaže močno strinjanje. Ravno tako s trditvijo, da bo s specializacijo zagotovljena varna obravnava in oskrba pacienta ter trditev, ter da so specializacije potrebne zaradi hitro naraščujoče nove tehnologije in potreb po večjih znanjih medicinske sestre, saj je zelo izraženo mnenje v naši anketi, da bolezni sodobne družbe kažejo potrebo po celostni obravnavi zdravega človeka v okolju, kjer živijo. V raziskavi, ki jo je leta 2011 izvedla ICN, je od 36 držav, 32 držav odgovorilo, da pri njih že delujejo medicinske sestre v vlogah napredne prakse, vendar pa imajo medicinske sestre različne nazive, različni obseg dela ter neenakost v mehanizmih pravne ureditve in v licencah (Požun, 2013). Starc (2009) navaja, da je specializacije nujno potrebno pravno urediti, kar pomeni pospešitev oblikovanje različnih specializacij in onemogočanje vplivanja na razvoj s strani medicine, ki vidi v tem izgubo svojih položajev.

Na področju zdravstvene nege opredeljuje smernice dokument »Nursing Care Continuum Framework and Competencies«, zdravstvene delavce v pet kategorij oz nivojev, kompetence posameznih nivojev pa so različna. V naši raziskavi smo ugotovili, da je največje strinjanje anketiranih pri pomenu razumevanja kompetenc v zdravstveni negi in tudi seznanjenost zaposlenih s kompetencami v ustanovi (tabela 7). Večina anketirancev se strinja, da bi besedo kompetenca lahko zamenjali za besedo pristojnost. Pri trditvi, o preseganju kompetenc, se je več kot polovica anketiranih s tem strinjala, da pri svojem delu presegajo svoje kompetence. Strinjanje so izrazili tudi pri trditvi, da so kompetence pridobljene z izobraževanjem, kar kaže tudi seznanjenost anketirancev s publikacijo Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (2008). Največje nestrinjanje v naši raziskavi je bilo pri trditvi, da izvedejo samo tista dela in naloge, ki so njihova kompetenca. Raziskava je tudi pokazala nestrinjanje anketirancev, da so kompetence prenosljive ter, da zato ni potrebno izobraževanje. Kolenc (2010)

navaja, da medicinske sestre že sedaj opravijo določena dela in naloge, ki že spadajo v kompetence zdravnika.

Direktiva 2013/55/EU Evropskega parlamenta in sveta, ureja področje izobraževanja v zdravstveni negi na ravni Evropske unije (EU) in postavlja minimalne standarde za usposabljanje za poklice v zdravstvu (European Federation of Nurses Associations (EFN), 2015). V raziskavi je več kot polovica anketiranih seznanjena, da področje izobraževanja v zdravstveni negi ureja tudi International Council of Nurse ter, da področje v zdravstveni negi usmerja Svetovna zdravstvena organizacija za področje Evrope World Health Organization (WHO) in Evropean Federation of Nurses (EFN). Srednje strinjanje je bilo pri trditvi, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja tudi Evropean Federation of Nurse educators (tabela 8). Večje strinjanje pa je bilo izraženo pri trditvi, da so področja v zdravstveni negi podprta z raziskovalnim in razvojnim delom, ter, da sledijo novostim v izobraževanju v zdravstveni negi. Trditve o seznanjenosti o petih nivojih smernic na področju kompetenc, kažejo srednje vrednosti strinjanja.

Specializacije v zdravstveni negi so posebna oblika podiplomskega strokovnega izobraževanja in usposabljanja, ki je usmerjena za dodatno in poglobljeno pridobivanje in nadgrajevanje znanja, spretnosti in veščin na enem področju zdravstvene dejavnosti, je trditev v anketi, s katero se strinja tri četrtine anketiranih (tabela 9). Enako strinjanje je izraženo tudi pri trditvi, da je potrebno nadgraditi znanje medicinske sestre za zagotovitev specialistične, kompleksnejše in varnejše zdravstvene oskrbe in se nenehno izobraževati. Raziskave Aiken in sodelavcev (2011) kažejo, da večje število izobraženih, diplomiranih medicinskih sester zmanjša smrtnost. Blegen in ostali (2011) so dokazali, da večje zaposlovanje medicinskih sester z univerzitetno izobrazbo, zmanjšuje tudi padce, bolnišnične okužbe in ležalno dobo. V naši raziskavi o poznavanju stebrov zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi, kot so klinično delo, odločanje, izobraževanje, raziskovanje/management je odgovorilo več kot polovica anketiranih.

V raziskavi smo tudi ugotovili, da se medicinske sestre zelo zavedajo, da specializacije omogočajo več znanja, strokovnosti in veščin, vendar pa jih vodje ne spodbujajo k podiplomskemu izobraževanju v zdravstveni negi (tabela 10), saj se s trditvijo strinja polovica medicinskih sester. Fagerstrom in Glasberg (2011) sta v raziskavi na Finskem ugotovila, da je vodstvo zdravstvene nege odgovorno ustvarjati pogoje za zahtevnejše oblike dela in jih pri tem podpirati. V naši raziskavi pri trditvi, da obstaja želja po podiplomskem izobraževanju v okviru specializacije in magisterija, kaže strinjanje več kot polovica anketiranih. V Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji Kadivec (2016) s sodelavci navaja, da bosta oba profila še vedno vključena neposredno v prakso in delo s pacienti. Nižja vrednost strinjanja anketirancev je bila pri trditvi o izobraževanju na doktorskem študiju zdravstvene nege. Glede trditve o omogočanju napredovanja na podlagi pridobljene specializacije, se s trditvijo strinja tri četrtine vseh anketiranih. Medicinske sestre vedno bolj prevzemajo strateške vloge v odločanju v zdravstveni negi, zato je pomembno dvigovanje ravni izobraževanja na magistrski ravni in doktoratu za prevzemanje pomembnih odločitev, vodenja in upravljanja ter kompetenc za zahtevnejše strokovno znanje v kliničnem okolju (Drenann, 2012).

Požun in Skela Savič (2011) navajata, da bodo zaradi pomanjkanja zdravnikov, določene kronične paciente v Sloveniji vodile medicinske sestre. Za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave in oskrbe bolnikov so potrebna podiplomska znanja v zdravstveni negi. V naši anketi smo želeli pridobiti podatek o seznanjenosti medicinskih sester o specializacijah. Več kot polovica medicinskih sester (tabela 11) je seznanjenih s specializacijami iz področja gerontologije, anestezije in intenzivne terapije, perioperativne zdravstvene nege, bolnišničnih okužb, enterostomalne terapije, na področju javnega zdravja in promocije zdravja, paliativne zdravstvene nege, onkološke zdravstvene nege, patronažne zdravstvene nege, psihiatrične zdravstvene nege, kirurške zdravstvene nege, mentalnega zdravja, zdravstvene nege otroka. Manj kot polovica je seznanjena s specializacijami za področje medicine dela in športa, na področju medicinske tehnologije s simulacijami v zdravstvu, antikoagulantnega zdravljenja ter na področju internistične zdravstvene nege. V letu 2010 je Delovna skupina za pripravo specializacij pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih

društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, opravila raziskavo, o potrebah po specializacijah. Na podlagi odgovorov, so pripravili seznam najbolj zaželenih področij specializacije, ki so bilana področju patronažnega varstva, medicina dela in športa, pediatrije, bolnišničnih okužb, zdravstvene nege v operacijski dejavnosti, zdravstvene nege v anesteziologiji, v psihiatrični zdravstveni negi ter gerontološki zdravstveni negi (Vilar & Ažman, 2011), ki je primerljiva z našo raziskavo in opredeljuje podobne specializacije.

Po definiciji Nursing and Midwifery Council (NMC, 2005 cited in Suppoting, 2008, cited in Skela Savič, 2013) so bila podana izhodišča za področja dela magistric zdravstvene nege ter opredeljena določena dela in naloge: magistrica zdravstvene nege vzame celotno pacientovo anamnezo, izvaja telesni pregled pacienta, ugotavlja pacientove diagnoze, napoti pacienta na preiskavo, naredi zaključeno diagnozo, vključuje redne preglede, izvaja spremembe v obravnavi, dela neodvisno, zagotavlja vodenje raziskave, ustrezno vključuje ostale člane zdravstvenega tima. V naši anketi je bilo največje strinjanje pri trditvi, da bo medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege zagotavljala zdravljenje in zdravstveno obravnavo vsakega pacienta osnovano na najboljših dokazih v danem položaju (tabela 12). V ostalih stališčih, da medicinska sestra z opravljenim magisterijem napoti pacienta na preiskave, ko je to potrebno, naredi zaključno diagnozo pacientovega stanja, izvede telesni pregled pacienta, uporablja klinično znanje in klinično presojo za ugotavljanje potencialnih diagnoz, odloča o zdravljenju, vključno s predpisovanjem zdravil ali napotnic pacienta k specialistu, da uporablja široke praktične izkušnje za planiranje in zagotavljanje visoko kompetentne obravnave z vključevanjem ostalih članov tima, pacientu vzame celotno anamnezo, dela neodvisno, pogosto kot članica širšega zdravstvenega tima, da izvajanje zdravstvene obravnave poteka kot kontinuiran proces in vključuje redne kontrolne preglede ter da medicinska sestra z magisterijem zagotavlja vodenje zdravstvene obravnave se anketiranci, niso strinjali. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je opredelila magistro zdravstvene nege kot izvajalko pri spremljanju kliničnega dela, vodenju timov, delovanju na dokazih podprte klinične prakse, je pobudnica sprememb in izboljšav, ki jih aplicira v proces zdravstvene nege in oskrbe. Deluje na področju

znanstvenoraziskovalne dejavnosti za področje zdravstvene nege in oskrbe, izvaja mentorstvo za študente in poučuje na prvi bolonjski stopnji (ZZBNS - ZSDMSBZTS, n. d.). Po navedbi Skele Savič (2013) je glavna kompetenca, pridobljena z magistrskim študijem, znanje in sposobnost na področju dojetanja, spremljanja, raziskovanja, vrednotenja prakse, razvoja prakse, razvoja na dokazih podprtega dela, odgovornost za širše in samostojno delovanje. Begley in sodelavci (2012) so v raziskavi med 57 medicinskimi sestrami ugotavljali razliko med medicinskimi sestrami z naprednimi znanji in specialistkami. Ugotovili so, da medicinske sestre z naprednimi znanji nudijo višjo raven zdravstvene oskrbe v zdravstveni negi.

V ZDA je potekala raziskava pri zaposlenih medicinskih sestrah, ki je pokazala, da bi se za študij na drugi stopnji odločilo 20 do 30 odstotkov anketiranih medicinskih sester (Altman, 2011). V naši raziskavi smo testirali prvo hipotezo, ki pravi, da obstaja statistično pomembna povezava med željo po podiplomskem izobraževanju in izvajanjem zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi. Ugotovili smo, da bi anketiranci z višjo željo po podiplomskem izobraževanju želeli izvajati zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi, saj bi prevzeli večjo odgovornost, prevzeli del del in nalog zdravnika in/ali prevzeli različna dela in naloge v različnih ustanovah in enotah. Menimo, da je želja po dodatnem izobraževanju povezana z zavedanjem o potrebah znanja, ki jih mora imeti medicinska sestra, da lahko zagotavlja kakovostno zdravstveno nego in prevzema nova dela in naloge. Zato smo mnenja, da je izobraževanje zelo pomembno v zdravstveni negi, saj zagotavlja kakovosten kader ter izboljšanje zdravstvene obravnave. Stališča do izobraženih kadrov bi morale spremeniti tudi delovne organizacije, ki jih zaposlujejo. Ministrstvo za zdravje bi moralo ustanove spodbuditi h krepitvi bolj izobraženega kadra, ki bodo sledile smernicam po svetu.

Potrdili smo tudi drugo hipotezo, ki pravi, da obstajajo statistično pomembne razlike med željo po podiplomskem izobraževanju in stopnjo izobrazbe, kar se kaže v največji meri po visoki strokovni izobrazbi, z željo po specializaciji. Anketiranci s končano specializacijo po visokostrokovni izobrazbi imajo v povprečju največjo željo po dodatnem podiplomskem izobraževanju, sledijo anketiranci s končanim magisterijem in anketiranci s končano univerzitetno izobrazbo. Horvat s sodelavci (2013) navaja, da



izobraževanje zagotavlja več znanja, strokovnosti in veščin, ki so nujna za zagotovitev kakovostne in varne obravnave in oskrbe bolnikov. Kolenc (2010) je v svoji raziskavi med medicinskimi sestrami ugotovila, da s starostjo narašča delež medicinskih sester, ki se strinjajo z dejstvom, da medicinske sestre potrebujejo fakultetno izobrazbo s področja zdravstvene nege, da imajo za izpopolnjevanje več možnosti medicinske sestre z daljšo delovno dobo in na vodilnih mestih.

Tretja hipoteza pravi, da se razumevanje kompetenc po modelu ICN statistično značilno razlikuje glede na demografske podatke in je statistično značilno povezano s stopnjo izobrazbe. Hipotezo 3 delno potrdimo. Na podlagi dobljenih rezultatov lahko trdimo, da se razumevanje kompetenc po modelu ICN statistično značilno ne razlikuje glede na spol. Anketirani ne glede na spol statistično značilno enako ocenjujejo posamezne kompetence po modelu ICN. Razumevanje kompetenc po modelu ICN se statistično značilno ne razlikuje glede na spol, pri razumevanju nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi in razumevanju izobraževanja v zdravstveni negi. Anketirani ne glede na starost ti dve kompetenci statistično značilno enako ocenjujejo. Razumevanje kompetenc po modelu ICN glede na starost se statistično značilno razlikuje pri razumevanju urejanja področja zdravstvene nege. Anketiranci v starostni skupini od 41- 61 let v povprečju bolje razumejo urejanje področja zdravstvene nege kot ostali anketiranci. Razumevanje kompetenc po modelu ICN se statistično značilno ne razlikuje glede na delovno mesto pri razumevanju izobraževanja v zdravstveni negi. Razumevanje kompetenc po modelu ICN glede na delovno mesto se statistično značilno razlikuje pri razumevanju urejanja področja zdravstvene nege in razumevanju nivojev smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi. Anketiranci na delovnem mestu magister/magistrica zdravstvene nege v povprečju bolje razumejo urejanje področja zdravstvene nege in posamezne nivoje smernic na področju kompetenc v zdravstveni negi kot ostali anketiranci. Statistično značilen vpliv ima pri razumevanju posameznih nivojev smernic na področju kompetenc in izobraževanja v zdravstveni negi, izobrazbi in delovnim mestom anketiranih. Izobraževanje medicinskih sester ima velik vpliv na varnost bolnikov in zadovoljstvo z oskrbo, kar je bilo ugotovljeno s pomočjo raziskave med medicinskimi sestrami z zaključeno prvo stopnjo ali diplomom na področju zdravstvene nege, ki so se odločili nadaljevati študij na drugi stopnji formalnega

izobraževanja (Altman, 2011). V dokumentih ICN, je najpogostejše omenjena Advance Practice Nurse, ki spada v peti nivo in je kvalificirana za razširjeno prakso in pridobljenimi kompetencami (Požun, 2013). Hipotezo 3 ne moremo v celoti sprejeti – sprejmemo jo delno.

Četrta hipoteza pravi: Pripravljenost medicinskih sester za dodatno izobraževanje je na zahtevnejših oblikah dela mogoče pojasniti s starostjo, delovno dobo in potrebo po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji. Trdimo lahko, da prihaja do statistično pomembnih povezav med pripravljenostjo medicinskih sester za dodatno izobraževanje, njihovo delovno dobo in potrebo po podiplomskem izobraževanju v delovni organizaciji. Medicinske sestre bi se želele izobraževati glede na potrebe v delovni organizaciji. V letu 2008 se je približno 30 % medicinskih sester v Belgiji izobraževalo na študijskem programu diplomirane medicinske sestre, magisteriju in specializacijah (OECD, 2009). Begley s sodelavci, (2012) je v raziskavi med 57 medicinskimi sestrami ugotavljal razliko med skupinama specialistk in medicinskimi sestrami za naprednimi znanji. Ugotovili so, da medicinske sestre z naprednimi znanji nudijo višji raven zdravstvene oskrbe pacientov, kot medicinske sestre specialistke. Prav tako je medicinske sestre specialistke potrebno spodbuditi k doseganju znanja na nivoju naprednih znanj. Callaghan (2008) navaja, da si medicinske sestre, ki so bolj izobražene, bolj prizadevajo k razvoju strokovnega znanja in sodelovanja z drugimi strokovnjaki, da bi zagotovile najvišjo kakovost oskrbe pacienta. Medicinske sestre specialistke so zaposlene večinoma v bolnišnicah, kjer delujejo v kompleksnejših situacijah, spodbujajo izboljšanje kakovosti oskrbe, ki je na dokazih podprta praksa (ICN, 2008). Hipotezo 4 ne moremo v celoti sprejeti – sprejmemo jo delno.

## 5 ZAKLJUČEK

Zdravstvena nega je disciplina, ki se je v zadnjih letih močno razvila in se razvija še naprej. Potrebe večjega števila starajočega prebivalstva so prinesle veliko aktivnosti pri obravnavi kroničnih bolezni in s tem naložile veliko breme zdravnikom. V zdravstveni negi, kjer se stopnje izobrazbe spreminjajo z dodatnim izobraževanjem na področju specializacij, magisteriju in tudi doktoratu iz zdravstvene nege, bodo medicinske sestre pridobile večje kompetence in bodo prevzemale določena dela in naloge, ki jih sedaj opravlja zdravnik. Zahteve kliničnih okolij izražajo vsakodnevno nova pričakovanja in nove vloge pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege in pri prenosu kompetenc. Pričakuje se, da bodo imele medicinske sestre potrebna razširjena teoretična znanja za prevzemanje večjih odgovornosti. V državah, kjer so bila specialna znanja že vpeljana, je bilo na začetku s strani zdravniške stroke precej nasprotovanja (Barton, et al., 2012, cited in Pajnkihar & Jakl, 2013) saj še ni bila urejena pravna odgovornost ter opredelitev vlog izvajalcev v zdravstveni negi. Z nadgrajevanjem formalnega znanja bo medicinska sestra delo opravljala avtonomno in s polno odgovornostjo. V skladu s tem bi bilo potrebno urediti zakonodajo s strani Ministrstva za zdravje, opredeliti nove kompetence po izobrazbeni strukturi s strani Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter plačilne razrede medicinskih sester glede na stopnjo pridobljene izobrazbe. Currie & Carr-Hill (2013) navajata, da bi bilo potrebno opredeliti za vsak nivo izobrazbe medicinskih sester njihove pristojnosti, odgovornosti in vloge v obravnavi pacienta. Starc (2013) navaja, da se v zdravstveni negi nenehno srečujemo z novostmi in razvojem, zato moramo znanje kontinuirano nadgrajevati (Starc, 2013). Število izobraženih medicinskih sester narašča, zato bi bilo potrebno uporabiti znanja v praksi, ki bi prispevala h kakovostnejši obravnavi pacienta, večjemu zadovoljstvu pacientov in izboljšanju zdravja prebivalstva. Literatura Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj navaja, da je bil prvotni vzrok za razvoj naprednih praks s strani medicinske sestre, odziv na pomanjkanje zdravnikov, predvsem v tistih območjih, kjer zdravnikov primanjkuje (OECD, 2010). Po podatkih Eurostata (OECD, 2010) se k prevzemanju zahtevnejših oblik dela nagibajo države, kjer primanjkuje zdravnikov. Tudi v naši državi je v nekaterih odročnejših področjih enaka problematika, kar se kaže v

neenakosti dostopnosti do zdravnika. Referenčne ambulante, kjer delujejo medicinske sestre, že omogočajo izvajanje določenih postopkov, vodenje in obravnave, predvsem kroničnih pacientov. Požun in Skela Savič (2011) navajata, da se v Sloveniji začetki sprememb v obravnavi pacienta in prevzemanju večjih odgovornosti medicinske sestre kažejo v vzpostavitvi referenčnih ambulant, ki bodo zagotavljale kakovostnejšo zdravstveno oskrbo (Požun & Skela Savič, 2011). Predlagamo nadaljevanje raziskave na področju, kjer bi ugotovili pripravljenost medicine in zdravstvene nege za združevanje in prevzemanje kompetenc ter ugotovitev stališč in mnenj, ki bi doprinesle pozitivni vpliv predvsem do uporabnika, pacienta in znižali stroške zdravstvene obravnave s cenejšo delovno strukturo. OECD (2010) navaja razloge za razvoj novih vlog medicinskih sester, kjer se najpogosteje pojavlja kot prvi vzrok, izboljšanje dostopa do oskrbe v okviru omejenega števila zdravnikov. Drugi vzrok je višja kakovost oskrbe, intenzivno spremljanje in svetovanje pri bolnikih s kronično boleznijo. Tretji vzrok je manj stroškov storitev izvajalcev kot cenejša delovna sila. Poleg tega vidijo razvoj naprednejših vlog medicinskih sester kot način povečanja privlačnosti poklica in večjih zaposlitvenih možnosti ter možnosti specializacije s poudarkom na nekaterih skupinah bolnikov. Število medicinskih sester v novih vlogah, še vedno predstavlja majhen delež vseh medicinskih sester. V državah Združenih državah Amerike, Kanadi, Veliki Britaniji in Finski, kjer imajo medicinske sestre že daljše izkušnje pri prevzemanju zahtevnejših oblik dela, so ugotovili, da je dostop do zdravstvene obravnave in storitev boljši, da se zmanjšujejo čakalne vrste ter da je zagotovljena enaka kakovost oskrbe pri medicinski sestri kot pri zdravniku. Ugotovili so tudi, večje zadovoljstvo pacientov pri obravnavi in porabljenem času za pacienta. To se je pokazalo z manj zapleti in številom hospitalizacij, ter kot prihranek oziroma zmanjševanje stroškov. V vseh državah, kjer je prišlo do prevzemanja del in nalog s strani zdravnika, bo potrebno spremeniti ali dopolniti zakonodajo in predpise. Hussey s sodelavci (2009) navaja, da se pri prevzemanju zahtevnejših del in nalog zdravnika, zmanjšajo stroški obravnave za 0,3 - 0,5 % na leto.

Tudi visokošolski zavodi morajo slediti smernicam izobraževanja Evropske direktive in prilagoditi izobraževalne vsebine novim kompetencam, ki bodo omogočale določen prevzem del in nalog zdravnika. Z raziskavo smo želeli proučiti pripravljenost

medicinskih sester za izobraževanje v zdravstveni negi, kot je specializacija, magisterij in doktorat ter proučiti seznanjenost anketiranih s specializacijami v zdravstveni negi in s kompetencami. Kot smo že ugotovili, se anketiranci v naši raziskavi močno strinjajo s stališčem, da specializacije prinašajo kakovostno zdravstveno nego, poglobljeno znanje, spretnosti in veščine. V cilju, ki smo si ga zastavili, smo želeli ugotoviti mnenja in stališča medicinskih sester po podiplomskem izobraževanju iz vidika zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi med izvajalci zdravstvene nege. Ugotovili smo, da bi anketiranci z višjo željo po podiplomskem izobraževanju želeli izvajati zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi, saj bi prevzeli večjo odgovornost, prevzeli del del in nalog zdravnika in/ali prevzeli različna dela in naloge v različnih ustanovah in enotah. Najvišje izraženo stališče je bilo pri trditvi o seznanjenosti medicinskih sester o specializaciji iz anesteziologije in intenzivne terapije, najmanj pa o seznanjenosti glede specializacij na področju predpisovanja zdravil in pripomočkov, kar se v nekaterih državah v svetu že izvaja. Na Švedskem je že predpisan obseg zdravil, ki jih lahko predpiše medicinska sestra s posebnim registrom Nacionalnega odbora za zdravje in socialno varstvo. V Združenem kraljestvu medicinske sestre lahko predpisujejo skoraj vsa zdravila, z izjemo nekaterih nadzorovanih drog. Na Škotskem je predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester prispevalo k boljši oskrbi pacientov, hitrejšemu dostopu do zdravil in boljšemu izkoristku časa medicinskih sester in zdravnikov. Predpisovanje zdravil je izziv sodobnega časa, predvsem pri tistih, ki delajo v oddaljenih območjih, kjer s strani zdravnika ni pokrito območje zdravstvenih storitev. Predlagamo, da Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije pripravi strategijo, ki bo usmerjala medicinske sestre v izvajanje del in nalog v okviru predpisanih kompetenc, ki bodo sledila Evropskim državam.

V naši raziskavi smo ugotovili, da tudi s strani delovnih organizacij pri nas za zdaj še ne prihaja do spodbujanja k večjemu formalnemu izobraževanju, specializacijam in magistrskemu študiju v zdravstveni negi. Razvoj dejavnikov, kot so gospodarstvo, kadrovski izzivi, nove in nastajajoče potrebe prebivalstva ter potrebe po razvoju usklajenih zdravstvenih sistemov (Požun, 2013), vplivajo na nove vloge medicinskih sester po svetu. Po navedbi (Ross, 2012, cited in Klemenc & Ažman, 2013), želijo v Združenih državah Amerike povečati zadovoljstvo medicinskih sester in izboljšati

storitev za paciente z upoštevanjem finančne nagrade in okrepljenih poklicnih možnosti, kot spodbudo za odločanje posameznikov za zahtevnejša področja dela, kar bi lahko veljalo kot dobra praksa tudi pri nas. Zato bi predlagali, da bi Ministrstvo za zdravje spodbudilo financiranje za izobraževanje s strani zdravstvenih ustanov za pridobivanje visoko izobraženega kadra.

Anketiranci so izrazili nestrinjanje pri stališčih o kompetencah oziroma prevzemih del in nalog, ki jih opredeljuje definicija Nursing and Midwifery Council za magistrico/magistra zdravstvene nege, ki s tem povečuje odgovornost odločanja na različnih novih področjih v kliničnem okolju. Po navedbi Požuna (2013), medicinske sestre v praksi že predpisujejo zdravila, vodijo ustanove v primarnem zdravstvenem varstvu, objavljajo raziskave, razvijajo mobilne zdravstvene aplikacije in aktivno sodelujejo pri oblikovanju zdravstvene politike. V Sloveniji neustrezna zakonodaja in neurejeno področje v zdravstvu, še ne omogočata usklajevanja prenosa kompetenc s strani zdravnika na medicinsko sestro/zdravstvenika. Predlagali bi ureditev tega področja v zdravstvu, saj bo le na takšen način zagotovljena varnost na področju delovanja v zdravstveni negi.

Pri izobraževanju igra veliko vlogo enotnost znotraj stroke in podpora Zbornice zdravstvene in babiške nege, ki mora spodbujati in usmerjati medicinske sestre, babice, zdravstvene tehnike in bolničarje - negovalce k stalnemu strokovnemu izpopolnjevanju ter spodbujanju k razvojno raziskovalnemu in znanstvenemu delu. Po navedbi Tičarjeve (2012) Ministrstvo za zdravje želi, da se uvedejo ustrezni pogoji za prenos nekaterih kompetenc na druge ravni ali druge zdravstvene profile ter podpira dobro sodelovanje med izvajalci na vseh ravneh s spodbujanjem timskega dela. Predvsem je pomembno spremljati zdravstveno politiko in usmeritve drugih držav, kjer so ta področja že razvita in se že izvajajo v praksi. V naši raziskavi smo ugotovili, da medicinske sestre niso dobro seznanjene o združenjih in direktivah v tujini, ki urejajo področja zdravstvene nege in stebrih zahtevnejših oblik dela. Zato, bi predlagali, da Zbornica zdravstvene in babiške nege izrazitejše in bolj obširno seznanja medicinske sestre o teh področjih v okviru izobraževanj in publikacij ter obvestil na spletni strani.

## 6 LITERATURA

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Cimiotti, J.P., Clarke, S.P., Flynn, L., Seago, J.A., Spetz, J., & Smith, H.S., 2010. Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. *National Library of Medicine. Institutes of Health* 45(4), PP. 904 – 921.

Aiken, L.H. & Cheung, R., 2008. *Nurse workforce challenges in the United States: implications for policy, OECD Health Working Papers, n 35*. Paris: OECD.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K. & Sermeus, W., 2013. RN4CAST Consortium. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies* 50(2), pp. 143 - 153.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M.D., Moreno - Casbas, M.T., Rafferty, A.M., Schwendimann, R., Scott, P.A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W. & RN4CAST consortium, 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, *The Lancet* 383 (9931), pp. 1824 – 1830.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Robin, B., Cheung, R.N., Sloane, D.M., & Silber, J.H., 2011. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA* 290(12), pp. 1617–1623.

Albreht, T. & Pribaković Brinovec, R., 2012. Analiza priskrbljenosti z medicinskimi sestrami v RS - metodološka izhodišča za nadgradnjo raziskave iz leta 2005. In: B. Skela Savič, ed., *Moja kariera - Quo vadis. 5. posvet z mednarodno udeležbo. Izobraževanje in znanje v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih stopnjah: diferenciacija kompetenc in sposobnosti, Ljubljana 13. 3. 2012*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 57 - 61.



Altman, T., 2011 Registered nurses returning to school for a bachelor's degree: Issues emerging from a meta-analysis. *Contemporary Nurse* 39(2), pp. 256 - 272.

American Medical Association, 2009. *Collaborative practice agreements between physicians and advanced practice nurses and the physician to advance practice nurse supervisory ratio, Report 28 of the board of trustees*. Available at: <http://www.mnnapnap.org/amareport/boardoftrustees.pdf> [Accessed 22 April 2016].

American College of Physicians, 2009. *Nurse practitioners in primary care*. S. n.: American College of Physicians Policy. Available at: [http://www.acponline.org/advocacy/where\\_we\\_stand/policy/np\\_pc.pdf](http://www.acponline.org/advocacy/where_we_stand/policy/np_pc.pdf) [Accessed 22 May 2016].

APRN Consensus Work Group, National Council of State Boards of Nursing & APRN Advisory Committee, 2008. *Consensus Model for APRN Regulations: Licensure, Accreditation, Certification and Education. APRN Joint Dialogue Group Report*. Available at: <http://www.nursingworld.org/ConsensusModelforAPRN> [Accessed 22 April 2016].

Barton, T., Bevan, L. & Mooney, G., 2012. Advanced Nursing. Part 1: The development of advanced nursing roles. *Nursing Times* 108(24), pp. 18 - 20.

Begley, C., Elliott, N., Lalor, J., Coyne, I., Higgins, A. & Comiskey, C.M., 2012. Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). *Journal of Advanced Nursing* 69(6), pp. 1323 - 1337.

Blegen, M.A, Goode, C.J. & Spetz, J., 2011. Nurse staffing effects on patient outcomes: safety-net and non-safety-net hospitals. *Medical Care* 49, pp. 406 - 414.

Bolton, L.B., Aydin, C.E., Donaldson, N., Brown, D.S., Sandhu, M., Fridman, M., & Aronow, H.U., 2007. Mandated Nurse Staffing Ratios in California: A Comparison of



Staffing and Nursing-Sensitive Outcomes Pre- and Postregulation. Policy, Politics, and Nursing Practice. *US National Library of Medicine* 8(4), pp. 238 – 50.

Brar, K., Boschma, G. & McCuaig, F., 2010. The development of nurse practitioner preparation beyond the master's level: what is the debate about?. *International Journal of Nursing Education Scholarship* (7), pp. 1–15.

Bregar, B., Živič, Z., Jambrošič, I., Lapanja, A., Roljič, S., Stopar Stritar, A., Stevanovič, N. & Pterka Novak, J., 2013. Specializacija v zdravstveni negi: primer psihiatrične zdravstvene nege. In: B. Skela-Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - quo vadis, Ljubljana, 27. 3. 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 63 – 77.

Callaghan, L., 2008. Advanced nursing practice: an idea whose time has come. *US National Library of Health. National Institutes of Health Ireland* 17(2),pp. 205 - 213.

Canadian Home Care Association, 2006. *High Impact Practices*. Available at: [www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1744](http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1744) [Accessed 21 April 2016].

Canadian Nurses Association, 2008. *Advanced Nursing Practice, a national framework*. Available at: [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca) [Accessed 22 April 2016].

Courtenay, M., Carey, N. & Burke, J., 2007. Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the UK: a national questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 44(7), pp. 1093 - 1101.

Currie, E.J. & Carr - Hill, R.A., 2013 What is a nurse? Is there an international Consensus.? *International Nursing Review* 60, pp. 67 – 74.

De Geest S., Moons, P., Callens, C., Gut, L., Lindpaintner, R. & Spirig, R., 2008. Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: a

framework for reflection and analysis. *Swiss Medical Weekly* 138(43 - 44), pp. 621 - 628.

Delamaire, M.I. & Lafortune, G., 2010. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECDHealth Working Papers. Available at: [http://search.Oecd.org/officialdokuments/displaydokumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp\(2010\)5&doclanguage=en](http://search.Oecd.org/officialdokuments/displaydokumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp(2010)5&doclanguage=en) [Accessed 26 Februar 2013].

DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Kilpatrick, K., Martin-Misener, R., Faith, D., Kaasalainen, S., Harbman, P. & Bourgeault, I., 2010. *The Clinical Nurse Specialist Role in Canada*. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21478691> [Accessed 21 Januar 2014].

Drennan, J., 2012. Masters in Nursing Degrees: An Evaluation of Management and Leadership Outcomes using a Retrospective Pre-Test Design. *Journal of Nursing Management* 20(1), pp. 102-112.

Ducharme, J., Alder, R.J., Pelletier, C., Murray, D. & Tepper, J., 2009. The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in six Ontario emergency departments. *Canadian Journal of Emergency Medical Care*, 11(5), pp. 455 - 461.

Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M. & Aisbett, K., 2011. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research* 24(4), pp. 244 - 255.

European Federation of Nurses, 2015. *Guideline for the implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. EFN Competency Framework Adopted at the EFN General Assembly*. S. n.: European Federation of Nurses.

European Federation of Nurses Associations, 2015. *Guideline for the implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU*. Dostopno na: [http://www.efnweb.be/?page\\_id=6897](http://www.efnweb.be/?page_id=6897) [Accessed 22 April 2016].

Fagerstrom, L. & Glasberg, A.N., 2011. The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland – the perspective of nurse leaders. *Journal of Nursing Management* 19, pp. 925 - 932.

Faseleh-Jahromi, M., Moattari, M. & Peyrovi, H., 2014. Iranian nurses' perceptions of social responsibility: a qualitative study. *Nursing Ethics* 21(3), pp. 289 – 298.

Filej, B., 2015. Pogled študentov magistrskega študija vzgoje in menedžmenta v zdravstvu na pridobljeno znanje. *Obzornik zdravstvene nege* 49(2), pp. 126 - 135.

Gallup, P., 2013. Gallup Honesty/ Ethics in professions. Available at: [www.gallup.com/poll/1654/honesty-ethics-professions.aspx](http://www.gallup.com/poll/1654/honesty-ethics-professions.aspx) [Accessed 21 April 2016].

Horvat, M., Zaletel, M., Kramar, Z. & Skela Savič, B., 2013. Posvet o specializacijah 2010: kje smo danes? In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - quo vadis, Ljubljana, 27. 3. 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 48 - 56.

Hussey, P.S., Eibner, C., Ridgely, M.S. & McGlynn, E.A., 2009. Controlling U.S. health care spending: Separating promising from unpromising approaches. *New England Journal of Medicine* 361(22), pp. 2109 – 2111.

International Council of Nurses, 2015. *Public Consultation on the Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 (GSHRH)*. Geneva: International Council of Nurses. Available at:

[http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICN\\_WHO\\_consultation\\_HRH\\_online\\_questionnaire\\_August\\_27.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICN_WHO_consultation_HRH_online_questionnaire_August_27.pdf) [Accessed 9 February 2016].

International Council of Nurses, 2012. *Position statement on Publicly funded accessible health services*. Geneva: International Council of Nurses. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D07\\_Publicly\\_Funded\\_Accessible\\_Health\\_Services.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D07_Publicly_Funded_Accessible_Health_Services.pdf) [Accessed 22 April 2016].

International Council of Nurses, 2008. *Definition and characteristics of the role*. Geneva: International Council of Nurses. Available at: <http://www.icn.ch/networks.htm> [Accessed 9 February 2016].

International Council of Nurses, 2009. *Implementing Nurse Prescribing. Trends and issues in nursing*. Geneva: International Council of Nurses. Available at: [file:///C:/Users/marta/Downloads/ICN%20Framework%20for%20the%20nurse%20specialist%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/marta/Downloads/ICN%20Framework%20for%20the%20nurse%20specialist%20(3).pdf) [Accessed 21 April 2011].

Jaatinen, P. T., Vanhatalo, R. & Tasanko, A., 2002. How does a nurse act if there is no physician in a health station? *Finnish Medical Journal* 25-26, pp. 2795-2799.

Kadivec, S., Bregar, B., Buček Hajdarević, I., Črnivec, J., Horvat, M. & Klemenc, D., 2011. *Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020*. Available at: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/strategija\\_razvoja\\_zn\\_2011-2020\\_okt\\_2011.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/strategija_razvoja_zn_2011-2020_okt_2011.pdf) [Accessed 25 Januar 2015].

Kadivec, S., Skela Savič, B., Kramar, Z., Zavrl Džananovič, D. & Bregar, B., 2013. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzornik zdravstvene nege* 47(1), pp. 97 - 112.

Kane, R.L., Shamliyanm, T.A., Mueller. C., Duval, S. & Wilt, T.J., 2007. The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medical Care* 45(12), pp. 1195 – 1204.

Klemenc, D., 2010. *Aktualno opozorilo v zvezi s prenosom aktivnosti na diplomirane medicinske sestre. Vodstvom zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Klemenc, D. & Ažman, M., 2013. Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: strategija Zbornice – Zveze. In: B. Skela-Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - quo vadis, Ljubljana, 27. 3. 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 37 – 47.

Kolenc, L., 2010. *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Kroezen, M., Francke, A.L., Groenewegen, P. P. & Van Dijk, L., 2012. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a survey on forces, conditions and jurisdictional control. *International Journal of Nursing Studies* 49(8), pp. 1002 - 1012.

Lake, E. & Friese, C., 2006. Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research. American Journal of Nursing Co* 55(1), pp. 1 – 9.

Lathrop, B., 2013. Nursing leadership in addressing the social determinants of health. *Policy Politics and Nursing Practice* 14(1), pp. 41 - 47.

Lokar, K., 2013. Specializacije v zdravstveni negi: primer onkološke zdravstvene nege. In: B. Skela-Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja*

*kariera - quo vadis, Ljubljana, 27. 3. 2013.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 57 – 62.

Medew, J., 2013. *Nurses take on doctors` tasks.* Available at: <http://www.theage.com.au/victoria/nurses-take-on-doctors-tasks-20130209-2e5oy.html> [Accessed 21 Februar 2016].

Morales – Asencio, J.M., Gonzalo-Jiménez, E., Martin-Santos, F.J., Morilla-Herrera, J.C., Celdráan-Mañas, M., Millán Carrasco, A., García-Arrabal, J.J. & Toral-López, I., 2008. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study; *BMC Health Services Research* 8, p. 193.

Mousques, J., Bourgueil, Y., Le Fur, O. & Yilmaz, E., 2010. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy* 98(2 - 3), pp. 131 - 143.

National Association of Clinical Nurse Specialists National CNS Competency Task Force, 2010. *Clinical nurse specialist core competencies.* Available at: [www.nacns.org/docs/CNSCoreCompetenciesBroch.pdf](http://www.nacns.org/docs/CNSCoreCompetenciesBroch.pdf) [Accessed 5 May 2016].

National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2008. *Framework for the Establishment of Advanced Nurse Practitioner and Advanced Midwife Practitioner Posts.* Available at: [https://www.pna.ie/images/ncnm/ANPFramework%20\(data%20prot%20version%20feb09\).pdf](https://www.pna.ie/images/ncnm/ANPFramework%20(data%20prot%20version%20feb09).pdf) [Accessed 22 May 2016].

Neurosci, A., 2012. The impact of advanced practice nursing in health care: recipe for developing countries. *Official Journal of Indian Academy of Neurosciences* 19(1).

Organization for Economic Co-Operation and Development, 2009. *Health at a glance.* Available at:

[http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en\\_2649\\_33929\\_16502667\\_1\\_1\\_1\\_37407](http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_33929_16502667_1_1_1_37407)  
[Accessed 22 April 2016].

Organization for Economic Co-Operation and Development, 2010. *Achieving Efficiency Improvements in the Health Sector through the Implementation of Information and Communication Technologies*. Paris: OECD.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010. *Osnutek Pravilnika o specializacijah za izvajalce zdravstvene in babiške nege* [interno gradivo]. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Pajnkihar, M. & Jakl, D., 2013. Razvoj specialnega znanja medicinskih sester. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Moja kariera – Quo Vadis. 6. posvet z mednarodno udeležbo. Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: Mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji, Ljubljana, 27. marec 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 96 - 101.

Plazar, N. & Ličen, S., 2013. Razumevanje kompetenc v zdravstveni negi. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Moja kariera – Quo Vadis. 6. posvet z mednarodno udeležbo. Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: Mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji, Ljubljana, 27. marec 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 96 - 101.

Požun, P., 2015. Stroškovna učinkovitost ob učinkoviti zdravstveni oskrbi – medicinske sestre: sila za spremembe – stališča mednarodnega sveta medicinskih sester. *Razvojne usmeritve zdravstvene in babiške nege. Zbornik prispevkov*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

Požun, P. & Skela Savič, B., 2011. Mednarodne usmeritve, priporočila in predpisi na področju podiplomskega izobraževanja v zdravstveni negi - OECD, EU direktiva za



regulirane poklice, WHO, EFN in INC. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zurc & K. Skinder Savič, eds. *Specializacije v zdravstveni negi - partnerstvo med zdravstveno neglo in medicino: konferenčni zbornik. Ljubljana, 8. marec 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego*, pp. 34 - 44.

Požun, P., 2013. Nove vloge medicinskih sester: smernice in priporočila ICN. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, 2013. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - quo vadis, Ljubljana, 27. 3. 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*, pp. 30 - 36.

*Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o specializacijah zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev*, 2012. Uradni list Republike Slovenije št. 9. Available at: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=107368&smode=sem> [Accessed 22 April 2016].

Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R. & Loke, A.Y., 2010. An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), pp. 31 - 39.

Rautiainen, E. & Vallimies-Patomäki, M. A., 2016. Review of the organization, regulation, and financing practices of postgraduate education in clinical nursing in 12 European countries. *Nurse Education Today* 36, pp. 96 - 104.

Rebernik – Milič, M. & Vukovič, G., 2009. *Razvoj kadrov v operativni dejavnosti slovenskega zdravstva: diplomsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Ruel, J. & Motyka, C., 2009. Advanced practice nursing: a principle-based concept analysis. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21(7), p. 384 - 392.



Royal College of Nursing, 2013. *RCN Factsheet: Specialist nursing in the UK*.  
Dostopno na:

[https://www2.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/501921/4.13\\_RCN\\_Factsheet\\_on\\_Specialist\\_nursing\\_in\\_UK\\_-\\_2013.pdf](https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0018/501921/4.13_RCN_Factsheet_on_Specialist_nursing_in_UK_-_2013.pdf) [Accessed 13 May 2016].

Ross, J., 2012. Nurse prescribing in the USA: a nurse prescribing practice report. *Nurse Prescribing* 10(2), pp. 91- 99.

Sochalski, J., Konetzka, R.T., Zhu, J. & Volpp, K., 2008. Will Mandated Minimum Nurse Staffing Ratios Lead to Better Patient Outcomes? *Medical Care* 46(6), pp. 606 – 613.

Starc, J., 2012. Komunikacija kot sredstvo izražanja pacientovih potreb. In: B. Filej, ed. *Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do colja?: Pomen integralne medicine za paciente. Zbornik prispevkov z recenzijo*. Novo Mesto: Visokošolsko središče, Visoka šola za zdravstvo, pp. 277 – 284.

Starc, A., Kos Grabnar, E. & Požun, P., 2009. Predstavitev podlag za specializacije v zdravstveni negi v Sloveniji. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B.M. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc, 2009. *Zbornik predavanj 7. Kongresa zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Starc, J., 2013. Usposobljenost medicinske sestre za povezovanje znanja iz zdravstvene nege. In: B. Filej, ed. *Interdisciplinarno povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso: zbornik povzetkov, mednarodna znanstvena konferenca, Novo mesto, 24. oktober 2013*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.

Sibbald, B., 2008. Head to head - Should primary care be nurse led? Yes. *British Medical Journal* 337, p. a1157.

Sibbald, B. 2009. *Skill Mix in Primary Care - the UK experience, colloque "Politiques et organisations des soins primaires: concepts, outils et pratiques en Europe et aux Etats-Unis. Quels enseignements pour la France?"* Paris: National primary care research and development centre. Available at: <http://www.irdes.fr/recherche/colloques-et-workshops/prospere-politiques-et-organisation-des-soins-primaires-21-octobre-2009/presentation-sibbald.pdf> [Accessed 22 April 2016].

Skela Savič, B., 2013. Izobraževanje v zdravstveni negi: nivoji izobraževanja v Bolonjskem procesu in kompetence za klinično prakso. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery. *6. mednarodna znanstvena konferenca: Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi, Ljubljana, 6.-7. junij 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 25 - 37.

Skela Savič, B., 2013. Definicija zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - quo vadis, Ljubljana, 27. 3. 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 14 - 21.

Supporting the Development of Advanced Nursing Practice, 2008. *A Toolkit approach* CNO Directorate, Scottish Government. Available at: <http://www.aanpe.org/LinkClik.aspx?fileticket=giFsLijsCRw%3D&tabid=1051&mi> [Accessed 22 May 2012].

Šifrer, B. & Bren, M., 2011. *SPSS – multivariantne metode v varstvoslovju*. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede.

US Department of Labor, 2010. Occupational Outlook Handbook, 2010 - 11 Edition, Bureau of Labor Statistics. Available at: <http://www.bls.gov/oco/ocos081.htm> [Accessed 21 April 2016].

Statistični urad Republike Slovenije, 2012. *Vse starejši in vse dlje aktivni*. Available at: <http://www.stat.si/StatWeb/glavnavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=5044> [Accessed 5 May 2016].

Vilar, V. & Ažman, M., 2011. Nekatera izhodišča za razvoj specializacij: program, pooblaščen izvajalci, razpis, mentorstvo, zagotavljanje kakovosti izvedbe, potrebe po specializacijah, izvedba. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zurc & K. Skinder Savić, eds. *Moja kariera - quo vadis - my career / 4. posvet z mednarodno udeležbo Specializacije v zdravstveni negi - partnerstvo med zdravstveno nego in medicino, Ljubljana, 8. marec 2011*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 54-63.

Watterson, A., Turner, F., Coull, A., & Murray, I., 2009. *An evaluation of the expansion of Nurse Prescribing in Scotland, Scottish Government Social Research*. Edinburgh: Department of Nursing and Midwifery, University of Stirling Nick Boreham Institute of Education, University of Stirling.

Woodend, A.K., Sherrard, H., Fraser, M., Stuewe, L., Cheung, T. & Struthers, C., 2008. Telehome monitoring in patients with cardiac disease who are at high risk of readmission. *Heart Lung* 37(1), pp. 36 - 45.

World Bank, 2009. *The Nurse Labor & Education Markets in the English-speaking CARICOM: Issues and Options for Reform. Report No. 48988-LAC*. S. l.: Human Development Department, Caribbean Country Management Unit Latin America and the Caribbean Region. Available at: [http://siteresources.worldbank.org/INTJAMAICA/Resources/The\\_Nurse\\_Labor\\_Education\\_Market\\_Eng.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTJAMAICA/Resources/The_Nurse_Labor_Education_Market_Eng.pdf) [Accessed 21 April 2015].

World Health Organization, 2010. *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Available at: [www.who.int/whr/2010/10\\_chap01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2010/10_chap01_en.pdf) [Accessed 21 March 2015].

World Health Organization, 2008. *The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever.* Available at: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf?ua=1) [Accessed 21 April 2016].

World Health Organization, 2006. *The World Health Report 2006. Working together for health.* Geneva: World Health Organization.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju., 2007. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013.* Uradni list Republike Slovenije, št. 91/07. Available at: [http://www.who.int/medical\\_devices/survey\\_resources/health\\_technology\\_national\\_policy\\_slovenia.pdf](http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/health_technology_national_policy_slovenia.pdf) [Accessed 30 May 2016].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, n.d. *Strokovna podoba medicinske sestre.* Available at: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu> [Accessed 13 May 2016].

Železnik, D., Filej, B., Brložnik, M., Buček Hajdarevič, I., Dolinšek, M., Istenič, B., Kersnič, P., Kos Grabnar, E., Leskovic, L., Njenič, G., Popovič, S. & Verbič, M., 2008. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

## **PRILOGE**

### **INSTRUMENT**

#### **ANKETNI VPRAŠALNIK**

### **ODNOS MEDICINSKE SESTRE DO ZAHTEVNEJŠIH OBLIK DELA V ZDRAVSTVENI NEGI V BOLNIŠNIČNI DEJAVNOSTI**

Spoštovani!

Vabim vas k sodelovanju v raziskavi z naslovom Odnos medicinske sestre do zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi v bolnišnični dejavnosti. Namen raziskave je ugotoviti, ali so diplomirane medicinske sestre pripravljene na prenos kompetenc z zdravnika na medicinsko sestro, kako so seznanjene z vsebinami kompetenc in kakšna je izobrazbena struktura. Rezultati bodo uporabljeni v moji magistrski nalogi, ki jo pripravljam na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. Z raziskavo bi želela opredeliti tudi nivo izobrazbe v zdravstveni negi, seznanjenost z novostmi v izobraževanju ter pripravljenost k nadaljevanju izobraževanja v specializaciji in na magistrskem in doktorskem študiju zdravstvene nege.

Vaš odgovori se bodo uporabili za razvoj strategij in kot pomoč pri izvajanju sprememb na področju zdravstvene nege, zato vas prosim, da nanje skrbno odgovorite

Vljudno vas prosim, če si vzamete čas in izpolnite vprašalnik.

Pomembno je, da odgovarjate objektivno in vprašalnik v celoti izpolnite ter oddate. Pri splošnih trditvah obkrožite ustrezní odgovor. Upoštevajte navodila o številu ustreznih odgovorov. Pri trditvah, ki se nanašajo na vaš odnos in mnenje, se opredelite na lestvici od 1 do 5, kjer posamezne trditve pomenijo:

\*1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti ne strinjam /niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

Ali

\*1 – sploh nisem seznanjena; 2 – nisem seznanjen/a; 3 – delno sem seznanjen/a; 4 – sem seznanjena; 5 – zelo dobro sem seznanjena.

Hvala za vaše sodelovanje in zaupanje!

Marta Smodiš, dipl. m. s., spec. manag.  
E- mail naslov: marta.smodis@gmail.com

SKLOP 1 – DEMOGRAFSKI PODATKI (obkrožite samo en odgovor)

<b>Spol:</b>	<b>Izobrazba:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. moški</li> <li>2. ženska</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. višja ali visokostrokovna šola</li> <li>2. univerzitetna izobrazba</li> <li>3. specializacije po visokostrokovni izobrazbi</li> <li>4. specializacija po univerzitetni izobrazbi</li> <li>5. magisterij</li> <li>6. doktorat</li> </ol>
<b>Starost:</b>	<b>Delovno mesto:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. _____</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. višja medicinska sestra/višji zdravstvenik</li> <li>2. diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik</li> <li>3. glavna medicinska sestra/zdravstvenik, vodja zdravstvene nege</li> <li>4. koordinator/ica zdravstvene nege</li> <li>5. magister/magistrica zdravstvene nege</li> <li>6. doktor/ doktorica zdravstvene nege</li> </ol>
<b>Organizacijska enota:</b>	<b>Delovna doba: prosim, če vpišete koliko let ste zaposleni.</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. oddelek</li> <li>2. enota</li> <li>3. ambulanta</li> <li>4. sem vodja in ne delam v kliničnem okolju</li> <li>5. sem vodja in delam v kliničnem okolju</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. _____</li> </ol>
<b>Splošne bolnišnice : (obkrožite)</b>	<b>Specializirane bolnišnice: (obkrožite)</b>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Splošna bolnišnica Celje</li> <li>2. Splošna bolnišnica Izola</li> <li>3. Splošna bolnišnica Jesenice</li> <li>4. Splošna bolnišnica Murska Sobota</li> <li>5. Splošna bolnišnica Novo Mesto</li> <li>6. Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj</li> <li>7. Splošna bolnišnica Slovenj Gradec</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Onkološki inštitut</li> </ol>
<b>Univerzitetni klinični center</b> <b>Univerzitetna klinika: (obkrožite)</b>	<b>Vaše delovno mesto v organizaciji je:</b> <b>(obkrožite)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Univerzitetni klinični center Ljubljana</li> <li>2. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Izvajalec/ka zdravstvene nege na oddelku</li> <li>2. Izvajalec/ka zdravstvene nege, medicinskih in tehničnih postopkov v ambulantni</li> <li>3. Timski/ka medicinska sestra/zdravstvenik</li> <li>4. Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (npr. glavna medicinska sestra/zdravstvenik enega oddelka)</li> <li>5. Vodja klinične/oddelčne dejavnosti (npr. glavna medicinska sestra/zdravstvenik več oddelkov)</li> <li>6. Vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (npr. glavna medicinska sestra/zdravstvenik zavoda)</li> </ol>

## SKLOP 2 – Izobraževanje

Od 1 do 5 ocenite posamezno trditev: \*1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

TRDITEV		OCENA*				
1.	V delovni organizaciji, kjer sem zaposlen/a, me spodbujajo k podiplomskemu izobraževanju.	1	2	3	4	5
2.	V delovni organizaciji, kjer sem zaposlen/a, so izpostavili potrebo po podiplomskem izobraževanju.	1	2	3	4	5
3.	V delovni organizaciji, kjer sem zaposlen/a, bi potreboval/a specializacijo za izvajanje aktivnosti zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
4.	Seznanjen/a sem z možnostjo specializacije na področju zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
5.	Moja stopnja izobrazbe mi zadostuje za delo, ki ga opravljam na delovnem mestu.	1	2	3	4	5
6.	Kot diplomirana medicinska sestra že prevzemam dela in naloge, ki so pristojnost zdravnika, zato ne potrebujem nadaljnega izobraževanja.	1	2	3	4	5

### SKLOP 3 – Nove vloge medicinskih sester v razvitih državah

Od 1 do 5 ocenite posamezno trditev: \*1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti ne strinjam /niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA*				
		1	2	3	4	5
1.	Zdravstvena nega je zavezana, da zavzame aktivno vlogo v razvoju strategij na področju zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
2.	Zdravstvena nega je zavezana, da zavzame aktivno vlogo v razvoju zdravstvenih politik in nanjo vezane odločitve na vseh nivojih v zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
3.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja na področju patronažne dejavnosti.	1	2	3	4	5
4.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja na področju referenčnih ambulant-možnost napotitve k drugemu specialist ali izvajalcu.	1	2	3	4	5
5.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja na področju tehnološko zahtevnejših intervencij.	1	2	3	4	5
6.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja pri postopkih z velikimi obremenitvami, kot je urgencia.	1	2	3	4	5
7.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela večjo odgovornost odločanja pri interventnih posegih z več tveganja.	1	2	3	4	5
8.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri predpisovanju zdravil.	1	2	3	4	5
9.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri predpisovanju temeljnih diagnostičnih postopkov.	1	2	3	4	5
10.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri laboratorijskih preiskavah.	1	2	3	4	5
11.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika.	1	2	3	4	5
12.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika, kot je sprejem v negovalno bolnišnico.	1	2	3	4	5
13.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika, case management z avtorizacijo napotitev.	1	2	3	4	5
14.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri obravnavi in vodenju kroničnih pacientov.	1	2	3	4	5
15.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri osveščanju prebivalstva o zdravem načinu življenja.	1	2	3	4	5
16.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika v zahtevnejših ocenjevanjih zdravstvenega stanja.	1	2	3	4	5
17.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri odločanju o diagnostičnih postopkih.	1	2	3	4	5
18.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri zagotavljanju storitev svetovanja zdravstvenim izvajalcem.	1	2	3	4	5
19.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri načrtovanju, izvajanju in	1	2	3	4	5



	vrednotenju programov, prva kontaktna točka za stranke.					
20.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge pri določanju in zagotavljanju sprejemljivih standardov klinične zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
21.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v raziskovanju in izobraževanju na podlagi neposrednega vključevanja v proces zdravstvene nege in oskrbe.	1	2	3	4	5
22.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v socialno-varstvenih ustanovah.	1	2	3	4	5
23.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v koordinaciji delovnih procesov, kot so sprejemi in odpusti pacientov iz bolnišnic.	1	2	3	4	5
24.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge pri koordinaciji v operacijskih dvoranah.	1	2	3	4	5
25.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v endoskopskih in drugih diagnostičnih enotah.	1	2	3	4	5
26.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v specialističnih ambulantah – izvajanje storitev male travme, oskrba enostavnih poškodb, izvajanje manjših kirurških posegov.	1	2	3	4	5
27.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge pri izvajanju diagnostično terapevtskih posegov – preventivnih endoskopskih preiskav, UZ preiskav.	1	2	3	4	5
28.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge v neposrednem sodelovanju z družinskim zdravnikom na terenu.	1	2	3	4	5
29.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri predpisovanju ortopedskih pripomočkov.	1	2	3	4	5
30.	Medicinska sestra bo s podiplomskim izobraževanjem prevzela dela in naloge zdravnika pri predpisovanju nekaterih zdravil pri kroničnih obolenjih.	1	2	3	4	5

SKLOP 4 – Stališča do specializacij v zdravstveni negi in povečanje obsega del  
Od 1 do 5 ocenite posamezno trditev: \*1 - se sploh ne strinjam; 2 - se ne strinjam; 3 - niti ne strinjam /niti se strinjam (neopredeljen); 4 - se strinjam; 5 - se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA*				
1.	Specializacija je usmerjena na dodatno poglobljeno pridobivanje in nadgrajevanje znanja, spretnosti in veščin na enem področju zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
2.	S specializacijo bo zagotovljena kakovostna zdravstvena nega.	1	2	3	4	5
3.	S specializacijo bo zagotovljena varna obravnava in oskrba pacienta.	1	2	3	4	5
4.	Bolezni sodobne družbe kažejo potrebo po celostni obravnavi zdravega človeka v okolju, kjer živi.	1	2	3	4	5
5.	Obravnava pacienta na domu bo pogostejša zaradi skrajševanja hospitalne obravnave, zato potrebujemo bolj izobražene medicinske sestre.	1	2	3	4	5
6.	Specializacije so potrebne zaradi naraščanja števila starejših oseb in posledičnega pojava večjega števila kroničnih bolezni.	1	2	3	4	5
7.	Specializacije so potrebne zaradi povečanega povpraševanja po zdravstvenih storitvah.	1	2	3	4	5
8.	Specializacije so potrebne zaradi hitro naraščujoče nove tehnologije in potreb po večjih znanjih medicinske sestre.	1	2	3	4	5

## SKLOP 5 - Kompetenca

Od 1 do 5 ocenite posamezno trditev: \*1 - se sploh ne strinjam; 2 - se ne strinjam; 3 - niti se ne strinjam /niti se strinjam (neopredeljen); 4 - se strinjam; 5 - se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
1.	V naši bolnišnici smo zaposleni seznanjeni s kompetencami.	1	2	3	4	5
2.	Besedo kompetenca, bi zamenjal/z besedo pristojnost.	1	2	3	4	5
3.	V naši bolnišnici vsak dan presegam kompetence.	1	2	3	4	5
4.	Kompetence pridobim na podlagi izobraževanja.	1	2	3	4	5
5.	Kompetence so prenosljive, zato ni potrebno izobraževanje.	1	2	3	4	5
6.	Seznanjen/a sem s publikacijo Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi.	1	2	3	4	5
7.	Pri svojem delu upoštevam kompetence, ki so v moji pristojnosti.	1	2	3	4	5
8.	Imam veliko praktičnega znanja, vendar so določeni postopki, ki jih izvajam in niso v moji kompetenci.	1	2	3	4	5
9.	Vedno izvedem samo tista dela in naloge, ki so moja kompetenca.	1	2	3	4	5
10.	Razumem, kaj pomenijo kompetence v zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
11.	Vedno opravi vse dela in naloge, tudi če niso moja kompetenca.	1	2	3	4	5

## SKLOP 6 – Izobraževanje v zdravstveni negi

Od 1 do 5 ocenite posamezno trditev: \*1 – sploh nisem seznanjena; 2 – nisem seznanjen/a; 3 – delno sem seznanjen/a; 4 – sem seznanjena; 5 – zelo dobro sem seznanjena;

1.	Seznanjen/a sem, da področje v zdravstveni negi na ravni Evropske unije ureja Direktiva Evropskega parlamenta in sveta.	1	2	3	4	5
2.	Seznanjen/a sem, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja tudi mednarodno združenje International Council of Nurse (ICN).	1	2	3	4	5
3.	Seznanjen/a sem, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja Svetovna zdravstvena organizacija za področje Evrope (WHO).	1	2	3	4	5
4.	Seznanjen/a sem, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja Evropean Federation of Nurses (EFN).	1	2	3	4	5
5.	Seznanjen/a sem, da področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerja Evropean federation of nurse educators (FINE).	1	2	3	4	5
6.	Seznanjen/a sem, da so področje izobraževanja v zdravstveni negi podprta z raziskovalnim in razvojnim delom.	1	2	3	4	5
7.	Sledim novostim v izobraževanju v zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
8.	Seznanjen/a sem z dokumentom "Nurses Care Continuum Framework and Competencies".	1	2	3	4	5
9.	Seznanjen/a sem s smernicami na področju kompetenc v zdravstveni negi v dokumentu "Nurses Care Continuum Framework and Competencies".	1	2	3	4	5
10.	Seznanjen/a sem s smernicami na področju kompetenc v zdravstveni negi, ki opredeljujejo kategorije izvajalcev zdravstvene nege v 5. nivojih.	1	2	3	4	5
11.	Seznanjen/a sem, da v 1. nivo spada podporno/ pomožno osebje (Support or assistive worker), kjer niso predpisana izobraževanja, niso registrirani in delajo pod nadzorom.	1	2	3	4	5
12.	Seznanjen/a sem, da v 2. nivo spada registrirano podporno osebje (Enrolled Nurse/Registered Nurse Assistant/ Licensed Practical Nurse): izobraževanja niso poenotena, so pa obvezna, predvidene so omejitve v kliničnem delu,	1	2	3	4	5

	delajo pod direktnim in indirektnim nadzorom nivoja 3 (dipl. m. s.).					
13.	Seznanjen/a sem, da v 3. nivo spada diplomirana medicinska sestra (Registered/Licensed Nurse), samostojno delujoči profil, z avtonomijo dela, ima zaključen predpisan program izobraževanja, izpolnjuje pogoje za vpis v register izvajalcev, potrebna licenca za poklic.	1	2	3	4	5
14.	Seznanjen/a sem, da v 4. nivo spada Diplomirana (registrirana) medicinska sestra specialistka (Specialist Nurse), splošna znanja so nadgrajena s specialističnimi, kar omogoča strokovno delovanje, vključuje klinično delo, učenje, administriranje in svetovanje.	1	2	3	4	5
15.	Seznanjen/a sem, da v 5. nivo spada Diplomirana (registrirana) medicinska sestra na zahtevnejših delih in nalogah (Advanced Practice Nurse), pridobljena so ekspertna znanja, sposobnost kompleksnega odločanja, klinične kompetence za razširjeno delovanje v stroki - magisterij v zdravstveni negi.	1	2	3	4	5

### SKLOP 7 – Specializacije v zdravstveni negi

Od 1 do 5 ocenite posamezno trditev: \*1– sploh nisem seznanjena; 2 – nisem seznanjen/a; 3 – delno sem seznanjen/a; 4 – sem seznanjena; 5 – zelo dobro sem seznanjena;

1.	Za zagotovitev specialistične, kompleksnejše in varnejše zdravstvene oskrbe pacienta je potrebno nadgraditi znanja medicinske sestre/zdravstvenika.	1	2	3	4	5
2.	Seznanjen/a sem, da je specializacija posebna oblika podiplomskega strokovnega izobraževanja in usposabljanja, ki je usmerjeno za dodatno in poglobljeno pridobivanje in nadgrajevanje znanja, spretnosti in veščin na enem od področij zdravstvene dejavnosti.	1	2	3	4	5
3.	Seznanjen/a sem z definicijo ICN (International Council of Nurses) – Mednarodnega sveta medicinskih sester.	1	2	3	4	5
4.	Seznanjen/a sem, da specializirana dejavnost vključuje sodobno zdravstveno nego in klinične veščine in s tem povezane naloge, svetovalne, raziskovalne, izobraževalne in vodstvene dejavnosti na področju specialnega področja.	1	2	3	4	5
5.	Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z izvajanjem zahtevnejših kliničnih intervencij.	1	2	3	4	5
6.	Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z izvajanjem kliničnih raziskav.	1	2	3	4	5
7.	Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z nenehnim izobraževanjem.	1	2	3	4	5
8.	Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z vodenjem.	1	2	3	4	5
9.	Seznanjen/a sem s ključnimi stebri za oblikovanje nivoja znanja za zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
10.	Seznanjen/a sem s stebrom management in vodenje, ki zajema prepoznavanje potreb za spreminjanje, vodenje inovacij in sprememb, razvoj stroke, razvijanje zaznavanja potreb za spremembe, razvoj veščin, mreženje, razvoj tima in timskega dela.	1	2	3	4	5
11.	Seznanjen/a sem s stebrom izobraževanje, ki zajema poučevanje in učenje, podporo zaposlenim pri razvoju	1	2	3	4	5

	znanja in veščin, promociji učenja, izgradnji učečega okolja, razvoj kariere in dajanje povratne informacije, učenje, mentorstvo in vodenje kariere.					
12.	Seznanjen/a sem s stebrom raziskovanje, ki zajema sposobnost pridobivanja raziskovanja, uporabo informacijske tehnologije, kritično ovrednotenje raziskovalnega dela, vključenost v raziskovanje, vključenost v nadzore kakovosti, sposobnost implementacije raziskovalnega dela v prakso, uporabo smernic, protokolov, predstavljanje rezultatov raziskovanja, publiciranje rezultatov raziskovanja.	1	2	3	4	5
13.	Seznanjen/a sem s stebrom klinično delo, ki zajema odločanje, klinično presojanje, reševanje problemov, kritično razmišljanje, analitične veščine, kritično refleksijo, upravljanje kompleksnih pojavov, klinično vodenje, etično odločanje.	1	2	3	4	5
14.	Seznanjen/a sem s stebrom klinično delo, ki zajema tudi ugotavljanje kliničnih problemov, oblikovanje diagnoz, odpuščanje, razvoj avtonomije pri delu, predpisovanje zdravil glede na zakonodajo, razvijanje zaupanja, razvoj terapevtskih intervencij, komunikacijske veščine, vključevanje javnosti, promocija, razvoj zahtevnejših psihomotornih veščin.	1	2	3	4	5

#### SKLOP 8 – Osebnostni in karierni razvoj

Od 1 do 5 ocenite posamezno trditev: \*1 - se sploh ne strinjam; 2 - se ne strinjam; 3 - niti ne strinjam /niti se strinjam (neopredeljen); 4 - se strinjam; 5 - se zelo strinjam.

1.	Vodja me spodbuja k podiplomskemu izobraževanju v zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
2.	Zanimajo me specializacije v zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
3.	Za razvoj osebne kariere bi se želel/a izobraževati na podiplomskem specialističnem študiju v zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
4.	Za razvoj osebne kariere bi se želel/a izobraževati na magistrskem študiju zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
5.	Za razvoj osebne kariere bi se želel/a izobraževati na doktorskem študiju zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
6.	Specializacije mi bodo omogočile več znanja, strokovnosti in veščin.	1	2	3	4	5
7.	Specializacije mi bodo omogočile napredovanje ne delovnem mestu.	1	2	3	4	5

#### SKLOP 9 – Vrste specializacij v zdravstveni negi

Od 1 do 5 ocenite posamezno trditev: \*1 – sploh nisem seznanjen/a; 2 – nisem seznanjen/a; 3 – delno sem seznanjen/a; 4 – sem seznanjen/a; 5 – zelo dobro sem seznanjen/a;

1.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije iz enterostomalne terapije.	1	2	3	4	5
2.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije iz medicine dela, prometa in športa.	1	2	3	4	5
3.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije za področje mentalnega zdravja.	1	2	3	4	5
4.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije iz anesteziologije in intenzivne terapije.	1	2	3	4	5
5.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju javnega zdravja in promociji zdravja.	1	2	3	4	5
6.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju paliativne zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
7.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na	1	2	3	4	5

	področju zdravstvene nege otroka.					
8.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju gerontologije.	1	2	3	4	5
9.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju perioperativne zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
10.	Seznanjen/a sem da se bodo izvajale specializacije na področju medicinske tehnologije s simulacijami v zdravstvu.	1	2	3	4	5
11.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju predpisovanja zdravil in pripomočkov.	1	2	3	4	5
12.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju obvladovanja bolnišničnih okužb.	1	2	3	4	5
13.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju onkološke zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
14.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju patronažne zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
15.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju psihiatrične zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
16.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju antikoagulantnega zdravljenja.	1	2	3	4	5
17.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju internistične zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
18.	Seznanjen/a sem, da se bodo izvajale specializacije na področju kirurške zdravstvene nege.	1	2	3	4	5

SKLOP 10 – Definicija Nursig and Midwifery Council opredeli zahtevnejšo obliko dela pri visoko izkušeni diplomirani medicinski sestri z magisterijem iz zdravstvene nege.

Od 1 do 5 ocenite posamezno trditev, kjer medicinska sestra v vaši ustanovi: \*1 – sploh ni medicinskih sester s takšno izobrazbo; 2 – ima takšno izobrazbo, vendar tega ne izvaja; 3 – ima takšno izobrazbo in to izvaja 4 – ima takšno izobrazbo, vendar ji politika ustanove tega ne omogoča; 5 – ima takšno izobrazbo in v celoti to izvaja;

1.	Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege pacientu vzame celostno anamnezo.	1	2	3	4	5
2.	Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege izvede telesni pregled pacienta.	1	2	3	4	5
3.	Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege uporablja klinično znanje in klinično presojo za ugotavljanje potencialnih pacientovih diagnoz.	1	2	3	4	5
4.	Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege napoti pacienta na preiskave, ko je to potrebno.	1	2	3	4	5
5.	Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege naredi zaključno diagnozo pacientovega stanja.	1	2	3	4	5
6.	Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege odloča o zdravljenju, vključno s predpisovanjem zdravil ali napoti pacienta k specialistu.	1	2	3	4	5
7.	Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege uporablja široke praktične izkušnje za planiranje in zagotavljanje visoko kompetentne obravnave z vključevanjem ostalih članov tima.	1	2	3	4	5
8.	Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege zagotavlja, da izvajanje zdravstvene obravnave poteka kot kontinuiran proces in vključuje redne kontrolne preglede.	1	2	3	4	5
9.	Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege ocenjuje in skupaj s pacientom vrednoti	1	2	3	4	5

	učinkovitost zdravljenja in zdravstvene obravnave in izvaja spremembe v obravnavi, ko je to potrebno.					
10.	Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege dela neodvisno, pogosto kot članica širšega zdravstvenega tima.	1	2	3	4	5
11.	Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege zagotavlja vodenje zdravstvene obravnave.	1	2	3	4	5
12.	Medicinska sestra z opravljenim magisterijem iz zdravstvene nege zagotavlja, da sta zdravljenje in zdravstvena obravnava vsakega pacienta osnovana na najboljših dokazih v dani situaciji izvedbe.	1	2	3	4	5